

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 novembre 1901, à 1 heure

PAR

Jean-Pierre VERGEZ

Né le 13 décembre 1869, à Laslades (Hautes-Pyrénées):

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES

En rapport avec la grossesse et le travail

Président : M. PINARD Professeur.

JOFFROY, Professeur.

Juges : MM. { WALLICH, Agrégé.

LEGRY, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

EMILE WITSKY & JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 novembre 1901, à 1 heure

PAR

Jean-Pierre VERGEZ

Né le 13 décembre 1869, à Laslades (Hautes-Pyrénées).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES

En rapport avec la grossesse et le travail

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { JOFFROY, Professeur.
WALLICH, Agrégé.
LEGRY, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

EMILE WITSKY & JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	N.....
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	FERRIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRE.	LAUNOIS.	RICHAUD.
AUVRAY.	FAURE.	LEGRY.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEGUEU.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
BROCA Auguste.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA André.	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELMIE.	REMON.	WIDAL.
DESGREZ.	LANGLOIS.	REMY.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de vice reconnaissance.

A MON ONCLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin-accoucheur à l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale, qui figure dans les cadres nosologiques depuis la plus haute antiquité, n'a été étudiée dans toutes ses formes que pendant ces quarante dernières années. Malgré les importants travaux publiés sur ce sujet depuis la thèse de Besnier en 1867, et la thèse d'agrégation de Peyrot en 1880, la perplexité n'a pas perdu tous ses droits en présence de certains cas d'occlusion, et Lefort, avec juste raison, a déclaré que « l'occlusion intestinale impose à la sagacité du médecin un problème dont la solution est difficile. »

D'une façon générale, la même difficulté surgit chaque fois que plusieurs complexus morbides sont susceptibles d'engendrer le syndrome à élucider, et aussi quand un état préexistant, soit morbide, soit seulement physiologique est capable de détourner notre attention.

Cette dernière condition est trop souvent remplie par la grossesse ; particulièrement, l'association de la grossesse et de l'occlusion intestinale est de nature à égarer l'imagination, à dérouter la clinique. « Le dia-

gnostic offre des difficultés qui tiennent à la présence dans la région hypogastrique de l'utérus développé », comme l'a dit, au sujet de l'appendicite, M. le professeur Pinard, dans une remarquable communication à l'Académie de médecine (1).

Si, à l'obstacle mécanique qu'apporte à l'exploration l'organe gestateur, viennent s'ajouter les manifestations du travail, il y a des chances pour que l'observateur soit obligé de se renfermer dans le domaine des hypothèses.

Nous avons été témoin d'un cas de ce genre, dans le service de M. Champetier de Ribes, à la maternité de l'Hôtel-Dieu ; l'occlusion intestinale est survenue au moment même des contractions douloureuses.

Nous avons cherché dans les traités classiques d'obstétrique et de chirurgie les relations qui existent entre la grossesse d'une part, le travail d'autre part, et l'occlusion intestinale. Le traité de Vinay (2) qui nous a paru le mieux documenté déclare que « pendant la grossesse, on peut rencontrer exceptionnellement l'étranglement interne — les accidents, ajoute-t-il, peuvent même débiter pendant le travail. »

Malgré cette incontestable rareté de l'occlusion intestinale pendant la grossesse et pendant le travail, il ne nous a pas semblé oiseux de nous occuper de cette question, parce qu'il serait imprudent de reléguer à la légère

(1) Académie de médecine, Séance du 22 mars 1898.

(2) *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, 1894.

dans la catégorie des curiosités une complication aussi sérieuse, dont la découverte a été presque toujours une trouvaille d'autopsie ou d'exploration opératoire, et ensuite parce qu'un phénomène pathologique peut perdre son caractère de rareté, quand il est mieux recherché ; témoin, l'appendicite pendant la grossesse, considérée longtemps comme exceptionnelle, et dont la fréquence relative s'est affirmée dès que l'éveil des cliniciens a été attiré de son côté.

C'est pour ces différentes raisons qu'il nous a paru intéressant de grouper, pour les analyser, un certain nombre d'observations, presque toutes puisées dans la littérature étrangère, et de relever les titres de quelques publications dont le texte nous a échappé, afin de les produire dans un tableau bibliographique.

Voici en suivant un ordre chronologique le nom des principaux auteurs dont nous avons trouvé des documents sur ce sujet :

Meyer Abramson, 1804 ; Duntzer, 1842 ; Albrecht, 1856 ; Davy, 1864 ; Gottsched, 1869 ; Tarnowsky, 1877 ; Craig, 1878 ; Heath, Sydney-Jones, 1880 ; Venanzio, 1883 ; Braun, 1885 ; Bandera, 1887 ; Dominguez Adamo, 1892 ; Widal, 1893 ; Corner, Gottschalk, Lotheisen, 1894 ; Burbidge-White, Klauer, 1896 ; Témoin de Bourges, 1898 ; L. Meyer, 1899.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir témoigner ici notre reconnaissance aux maîtres de Toulouse et de Paris qui nous ont accueilli dans leur service.

Nous remercions tout particulièrement M. Champetier de Ribes, médecin accoucheur de l'Hôtel-Dieu, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse.

Nous prions MM. les docteurs :

Chalot, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Toulouse ;

Morel, professeur agrégé à la faculté de médecine de Toulouse ;

Le Dentu, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker ;

Gouraud, médecin de l'hôpital de la Charité ;

Maygrier, médecin accoucheur de la Charité ;

Nos maîtres dans les hôpitaux,
de bien vouloir accepter l'hommage de notre profonde gratitude pour l'enseignement savant et dévoué qu'ils nous ont donné pendant le cours de nos études médicales.

Nous remercions M. le professeur Pinard du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, et nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

ETIOLOGIE

I. — Fréquence.

1° L'occlusion intestinale, pendant la grossesse est un accident rare dont il n'a été publié qu'une trentaine de cas.

2° Survenant pendant le travail, elle paraît tout à fait exceptionnelle : nous en relatons deux observations (obs. XI, obs. XVII). Vinay signale un autre cas de ce genre (Spencer Wells).

II. — Causes prédisposantes.

Influence de l'âge de la grossesse. — Dans une observation, il n'est pas fait mention de cet âge.

Dans 24 observations, cette indication existe, mais elle n'est qu'approximative dans quelques-unes d'entre elles ; on peut les grouper de la façon suivante :

Le 1^{er} mois : néant.

Le 2^e — —

Le 3^e — —

Le 4 ^e mois :	Obs. III, VI, XXII (?), XXIV.
Le 5 ^e —	— II, IV, X, XVIII.
Le 6 ^e —	— I, VII.
Le 7 ^e —	— VIII, IX, XII, XVII, XX.
Le 8 ^e —	— XIII.
Le 9 ^e —	— XI, XIV, XV, XVI, XIX, XX. XXII, XXV.

Influence de l'âge de la femme. — Dans six observations, l'âge de la malade n'est pas signalé.

Dans les autres cas, l'occlusion s'est manifestée :

de 20 à 25 ans obs. : XVIII.

de 25 à 30 — — III, IX, X, XIX, XXI, XXV.

de 30 à 35 — — II, VI, VIII, XI, XIII, XX.

de 35 à 45 — — I, XII, XIV, XVII, XXII, XXIII.

Influence des grossesses antérieures. — Dans onze observations, on ne trouve aucun renseignement à ce sujet.

La primiparité est relatée, Observations, XIII, XVI, XIX, XXV.

La multiparité, dans les observations I, V, XI, XII, XIV, XVII, XVIII, XX, XXII, XXIV.

Conclusion. — D'après ces données, il nous semble qu'on a le droit de conclure que l'occlusion intestinale fait son apparition après le 3^{me} mois, devient plus fréquente au terme de la grossesse, atteint de préférence les multipares et plus spécialement les multipares qui ont dépassé l'âge de trente ans.

III. — Causes occasionnelles et causes déterminantes

La question qui se pose en ce moment est importante au point de vue étiologique. Quelles sont les causes de l'occlusion intestinale pendant la grossesse et pendant le travail ? Existe-t-il entre l'occlusion et l'utérus habité une simple relation de coïncidence, ou bien peut-il y avoir entre eux une relation de cause à effet ? End'autres termes l'occlusion intestinale peut-elle être un accident de source purement gravidique, ou n'est-elle toujours qu'un phénomène intercurrent, une complication indépendante ?

1. Nous ne pouvons nous expliquer l'apparition constante de l'étranglement au milieu ou à la fin de la grossesse sans l'intervention active de l'utérus. L'absence absolue d'occlusion pendant les trois premiers mois nous semble être un élément de grande valeur ; pendant cette période initiale, les rapports anatomiques de l'utérus grévique avec le contenu abdominal ne sont pas sensiblement modifiés ; l'organe gestateur n'est pas encore devenu cette masse volumineuse qui dans quelques semaines va changer la situation de tout le paquet intestinal.

M. le professeur Budin (1) a étudié au point de vue clinique et d'une façon toute particulière les rapports

(1) Clinique de la Charité. — Des rapports de l'intestin et de l'utérus, au point de vue clinique. — *Semaine Médicale*, 1893, p. 141.

de l'intestin avec l'utérus gravide. Il a observé une série de femmes enceintes qui venaient à sa consultation pour être débarrassées d'une constipation opiniâtre, de malaises et de douleurs vagues dans l'abdomen; ces malades présentaient sur les côtés du ventre une tuméfaction profonde, tantôt peu appréciable, tantôt donnant la sensation d'une vraie tumeur. La légère hyperthermie et tous les autres symptômes y compris la tumeur stercorale disparaissaient sous l'influence d'un purgatif énergique; et le diagnostic de coprostase par compression, 1^o du fond de l'utérus sur le paquet intestinal, 2^o de la tête fœtale sur le rectum, se trouvait confirmé.

Nous ne voudrions pas donner à ces considérations une portée que leur savant auteur n'a pas voulu leur attribuer. Pourtant nous serions tenté de faire appel au même mécanisme pour expliquer quelques cas d'occlusion pendant la grossesse, et même de voir dans la coprostase signalée par M. le Professeur Budin un acheminement vers l'occlusion.

La constipation, rebelle aux laxatifs, a en effet été observée, antérieure d'une ou de plusieurs semaines à l'éclosion des accidents. Observ. VI, Obs. XIII, Obs. XIV, Obs. XVII, Obs. XX, Obs. XXIII, Obs. XXIV.

Quoi qu'il en soit, l'existence de preuves directes a permis de contrôler l'influence de l'utérus.

Nous relevons l'action directe de l'utérus gravide sur l'occlusion dans l'observation X; l'autopsie pratiquée avec soin par Bandera, avec le concours de plusieurs chirurgiens de Mexico, ne fit constater aucune lésion capable de produire l'étranglement; en revanche, le

rôle de l'utérus, dans la genèse de la maladie, fut nettement constaté, puisqu'il était pour ainsi dire écrit sur les adhérences fibreuses qui reliaient l'anse sigmoïde au cæcum; le pôle inférieur du globe utérin appliquait d'autre part le rectum sur le sacrum.

L'utérus est mis en cause dans une autre observation. L'autopsie d'une femme morte dans le service de Treub (obs. XXI) ne révéla la présence d'aucun agent d'étranglement autre que l'utérus; par contre, celui-ci avait laissé la trace de son action sur une large étendue du colon, laquelle était sphacélée. Widal a publié une observation identique.

L'action de l'utérus comme cause déterminante et exclusive ne saurait donc laisser de doute. Et même, comme L. Meyer, volontiers nous nous retrancherions dans cette manière de voir, pour envisager certains cas à étiologie délicate, et qui ont été suivis de guérison, soit qu'un accouchement opportun ait affaïssé la tumeur utérine, soit, ce qui est peu probable, qu'un traitement médical ait permis à l'intestin de recouvrer son calibre normal, soit qu'un agent inconnu ait rétabli à temps entre les deux organes (utérus et intestin) des relations convenables.

Tel est, par exemple (obs. XIII), le cas d'une malade portée à Frederik's Hospital, alors que la tête était déjà engagée. L'accouchement détermina une amélioration subite suivie de guérison complète.

Léopold Meyer qui soigna cette femme et qui plus tard en publia l'observation, a tracé à son sujet les réflexions suivantes : « sans les vomissements fécaloïdes,

on aurait attribué les accidents à la constipation.,. rien ne prouve que la tête de l'enfant ou l'utérus n'aient pas exercé une action directe sur l'intestin, etc.»

Des considérations semblables pourraient être répétées au sujet des observations I, V, IX, XV.

2. A côté de ces cas, où la grossesse paraît avoir agi directement dans la genèse des accidents, il y en a d'autres, ainsi que nous le verrons plus loin, où la gravidité ne semble avoir joué aucun rôle, ou si l'utérus a exercé une influence quelconque, cette influence a échappé au contrôle. Obs. XVI, obs. XX, obs. XXIV.

3. Entre ces deux extrêmes, il existe toute une classe d'intermédiaires où la grossesse a pu sinon engendrer au moins influencer l'éclosion des accidents. Obs. II, obs. III, obs. IV, obs. VIII, obs. XII, obs. XVIII, obs. XIX, obs. XXII, obs. XXIII, obs. XXV.

4. Enfin, dans l'observation XI, l'accident s'est produit au moment des premières manifestations du travail, témoignant par la simultanéité dans le début, la relation du phénomène pathologique avec le phénomène physiologique. Dans l'observation XVII, les douleurs de l'occlusion ont précédé de quelques heures celles du travail.

En conséquence, il nous semble rationnel de ranger au point de vue étiologique « les occlusions intestinales en rapport avec la grossesse et le travail » en quatre classes, et de les étudier dans le même ordre au chapitre consacré à la pathogénie :

a) *Occlusions paraissant nettement provoquées par la grossesse ;*

b) *Occlusions influencées par la grossesse ;*

c) *Occlusions paraissant indépendantes de la grossesse ;*

d) *Occlusions paraissant influencées par le travail.*

Dans ce chapitre, nous aurions peut-être dû faire entrer, en les classant à leur place, quelques autres cas d'occlusion intestinale survenue pendant la grossesse, et particulièrement ceux qui sont consécutifs soit à la rupture d'une grossesse tubaire, soit à la péritonite. Mais nous pensons, en nous réservant de revenir rapidement sur ce sujet au chapitre du diagnostic, qu'il est préférable de laisser de côté, 1^o la grossesse tubaire suivie d'occlusion intestinale, parce que l'utérus ne joue ici aucun rôle, et 2^o les péritonites à forme d'occlusion intestinale associées soit à la grossesse, soit au travail, parce que cette question est trop spéciale et que la traiter serait faire déborder notre sujet bien au-delà des limites que nous lui avons assignées.

Nous laissons encore de côté quelques cas d'occlusion intestinale à diagnostic difficile et survenues dans les suites de couches, parce que l'influence de l'utérus n'y paraît pas avoir été en jeu.

PATHOGÉNIE

I. — Occlusions qui paraissent provoquées par la grossesse.

Dans cette catégorie pourraient être groupés cinq cas différents; mais, pour ne baser la pathogénie que sur des faits précis, nous envisagerons seulement les deux observations X et XXI, parce que ce sont les seules de ce groupe que l'examen direct a rendues claires et complètes.

Recherchons dans chacune d'elles le mécanisme qui a présidé à l'éclosion des accidents.

1. Dans l'observation X, Bandera nous dit que dans la cavité abdominale la tumeur utérine avait un volume incompatible avec les dimensions du gros intestin rempli de gaz et de matières fécales. L'S iliaque avait été obligé d'effacer ses courbures, de remonter dans l'hypochondre et d'aller s'appliquer contre le cœcum distendu de son côté par les matières fécales. Aux points de contact de ces deux portions de l'intestin existaient des adhérences de nouvelle formation et de l'hyperhémie des

parois, preuves de la compression qui s'exerçait en cet endroit.

2. Dans l'observation XXI, l'utérus était enclavé en rétroflexion, le bas-fond de cet organe appliquant intimement l'anse sigmoïde contre la concavité sacrée. Cette portion de l'intestin était sphacélée.

En somme, dans l'un et l'autre cas, nous trouvons le même mécanisme : la compression large et directe exercée par l'utérus gravide ; compression dans le premier cas accrue par la présence dans le tube intestinal de matières fécales très dures ; dans le deuxième cas, compression bien plus énergique exercée par un utérus de sept mois enclavé dans le petit bassin.

II. — Occlusions influencées par la grossesse.

Nous trouvons mentionnée dans plusieurs observations l'existence de cordons fibreux, appelés brides péritonéales. Obs. II, III, IV, VIII, XVIII, XIX, XXII.

Le mécanisme de l'occlusion par les brides, très facile à saisir en théorie, est rarement vérifié au cours d'une laparotomie et même d'une autopsie ; c'est ce qui nous permet d'expliquer les lacunes relevées dans la plupart des observations.

Tantôt une anse, poussée par l'utérus gravide soit directement, soit indirectement avec pour intermédiaires d'autres anses intestinales, vient s'appliquer perpendiculairement et se couder sur une bride péritonéale ;

tantôt une portion d'intestin, obéissant à la même pression, s'engage sous une arcade fibreuse : tantôt, enfin, la bride, insérée par une extrémité sur l'intestin, par l'autre extrémité sur l'utérus ou un autre point quelconque soit viscéral soit pariétal, peut exercer une traction et déterminer soit une coudure, soit un volvulus.

Malheureusement les observations que nous relatons sont peu explicites, et les auteurs se contentent de traduire le mécanisme de l'occlusion par cette expression : enserrement de l'intestin par brides péritonéales.

Cette strangulation de l'intestin sur une partie bien limitée, qui diffère de la compression large dont nous parlions au paragraphe précédent, est avec un mécanisme un peu différent, signalée dans deux observations, obs. XII, obs. XXV.

Dans la première, L. Meyer nous apprend que chez sa malade le ligament large du côté gauche présentait une ouverture à bords taillés à pic et qui permettait à peine l'introduction de l'index. L'intestin avait pénétré dans cet orifice étroit, et à l'endroit où la paroi intestinale était en contact avec les bords de l'ouverture existait un sillon au fond duquel la séreuse était dilacérée.

Le mécanisme de l'occlusion est ici bien net. Comme je fait remarquer L. Meyer, la grossesse a probablement exercé une double action : elle a d'abord augmenté les dimensions de l'orifice par la distension des ligaments larges, elle a ensuite engagé l'intestin dans l'ouverture préalablement élargie ; il ne serait pas impossible que la grossesse mettant en jeu l'élasticité des ligaments larges ait même déterminé la formation de l'orifice.

Dans la XXV^e observation, encore publiée par L. Meyer, le mésentère anormalement développé formait au-devant de la colonne vertébrale un pont, au-dessous duquel était engagée une portion du gros intestin.

Somme toute, ces deux cas présentent avec les précédents les plus grandes analogies au point de vue du mécanisme de l'occlusion.

Une autre observation doit être analysée. La laparotomie (obs. XXIII) révéla la présence d'une tumeur ovarienne du volume du poing. Il est incontestable que cette tumeur ne détermina pas à elle seule l'occlusion, et que dans le petit bassin, sa cohabitation avec l'utérus de 4 mois, fut la source réelle des accidents.

En résumé, compression utérine associée à un autre agent d'étranglement, tel paraît être ici le mécanisme de l'occlusion.

III. — **Occlusions paraissant indépendantes de la grossesse.**

Dans les observations XVI, XX, XXIV, rien ne permet desouspçonner la gravidité d'avoir un rôle quelconque dans la production des accidents. Dans les trois cas, il existait un volvulus dont le mode de formation n'a pas été établi.

IV. — **Occlusions paraissant influencées par le travail.**

Si le mécanisme de l'occlusion n'a pas été nettement

constaté dans la plupart des observations, il n'en est pas de même dans deux cas. Observations XI et XVII.

Mais pour saisir la pathogénie il est nécessaire d'empêcher sur le chapitre de l'anatomie pathologique, il nous faut en effet nous reporter à l'autopsie.

Dans le premier cas, on remarque : 1° une large adhérence du grand épiploon à la paroi abdominale sur toute la hauteur de la cicatrice post-opératoire ; 2° des adhérences nombreuses de la face postérieure du tablier épiploïque avec le paquet intestinal sous-jacent ; 3° l'union par des brides de l'anse perforée avec les anses voisines et avec les parois de la cavité abdominale ; 4° une bride solide de la grosseur d'une plume d'oie, fixant l'anse sphacélée au tissu cicatriciel environnant ; 5° enfin un gros faisceau fibreux, unissant la corne utérine gauche à la fosse iliaque du même côté, et croisant l'anse sphacélée.

De cette façon, tous les organes du petit bassin y compris l'utérus se trouvaient emprisonnés de toute part.

Le gros faisceau fibreux que nous avons signalé le dernier paraît avoir joué le rôle principal. Sa situation, et sa fixation à l'utérus d'une part, à la fosse iliaque d'autre part, lui ont permis de comprimer directement l'S iliaque, au moment où les contractions du travail ont tiré solidement sur son extrémité interne. C'est du reste à son niveau que se trouve à l'autopsie le siège même de l'occlusion ; au-dessus, l'intestin est énormément distendu ; en dessous, le rectum est aplati.

Il se peut qu'un autre élément se soit associé à cette bride pour maintenir l'occlusion.

Des deux perforations constatées sur l'anse sigmoïde, la plus petite paraissait due à la traction d'une bride ; il se peut qu'au moment de cette première perforation, c'est-à-dire probablement au début du travail, une péritonite précoce ait éclaté et ait rempli de pus toute l'excavation pelvienne ; il est possible que cette masse formée de pus et matières stercorales et qui a été découverte à l'autopsie ait secondé par sa propre compression l'action du faisceau fibreux.

La deuxième observation est de Gottsched. Elle ne renferme pas autant de détails ; et de l'avis même de L. Meyer qui l'a relatée, bien des points demeurent obscurs.

Dans ce cas, il existait des adhérences entre le grand épiploon et l'utérus ; il existait entre autres une bride très solide allant du fond de l'utérus à la partie inférieure du tablier épiploïque.

Cette bride tirée par l'utérus en contraction aurait déterminé l'étranglement de plusieurs anses intestinales.

En résumé, c'est par la traction exercée sur une bride que la contraction utérine paraît déterminer l'occlusion intestinale pendant le travail.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En parlant de la pathogénie des occlusions en rapport avec la grossesse et le travail, nous avons été obligé d'exposer à peu près toutes les données anatomo-pathologiques que nous avons trouvées éparses dans les observations. Aussi ce chapitre sera bref. Nous nous occuperons seulement de la lésion qui se rencontre le plus fréquemment associée à l'utérus gravide, dans la production des accidents, nous voulons parler des brides péritonéales.

Les brides péritonéales ne diffèrent pas sensiblement des adhérences qu'on rencontre dans la séreuse pleurale.

Au cours de la grossesse les brides peuvent être d'origine appendiculaire, utéro-annexielle et post-opératoire.

1. BRIDES APPENDICULAIRES

Bonnet avait déjà fait remarquer en 1860 que le siège de prédilection des brides était la fosse iliaque droite. La fréquence relative des abcès appendiculaires est gé-

néralement admise. Pourtant, bien que l'inflammation de l'appendice soit souvent la source de brides péritonéales, nous ne la trouvons mentionnée dans aucune observation.

2. BRIDES UTERO-ANNEXIELLES

Les brides consécutives aux inflammations de l'utérus et des annexes ont été étudiées d'une façon complète par Lecomte (de Lille). Celui-ci a réuni dix-huit observations d'occlusion intestinale déterminée par ces sortes de brides. Pendant la grossesse leur action semble s'être exercée dans les cas de Corner, de Carthy, de Témoin (de Bourges), de Putegenat, de Heiller.

3. BRIDES POST-OPÉRATOIRES

Les brides post-opératoires dans leurs rapports avec l'intestin ne semblent avoir été étudiées que vers 1860. A cette époque, Spencer Wells (qui par ailleurs est l'auteur de l'observation XVII) publia un cas d'occlusion survenue en dehors de la grossesse et provoquée par des brides post-opératoires; on trouve dans une publication anglaise (1) une étude très détaillée de ces produits cicatriciels. En 1888, Wolf-Hirsch et plus récemment le docteur Legueu (2) se sont occupés de cette question.

Nous avons commenté trop longuement l'observa-

(1) in *Transactions of the obstetrical Society of London*, 1869.

(2) Août 1895, Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux.

tion XI pour qu'il nous paraisse utile d'y revenir, nous ajouterons seulement que le moment de l'occlusion intestinale en rapport avec l'utérus gravide paraît varier suivant le point d'insertion des brides : les brides qui unissent une anse intestinale soit à une autre partie de l'intestin, soit aux parois abdominales, et c'est le cas de la plupart des brides (1 et 2), exercent surtout leur action pendant la grossesse ; les brides inter-utéro-intestinales (elles renferment les brides post-opératoires) semblent agir au moment du travail..... et peuvent produire :

- 1) Une perforation intestinale, obs. XI.
 - 2) Une compression, obs. XI, XVII.
 - 3) Une hémorrhagie interne, cas de Cumberbatch.
-

SYMPTOMATOLOGIE

I. — Pendant la grossesse.

Début. — Le début des accidents varie, peut-on dire, avec chaque cas d'occlusion. Tantôt les accidents sont brusques; ils viennent frapper la femme enceinte au milieu d'une santé parfaite (obs. III, V, VI, IX, X, XII, XIX), tantôt, au contraire, la malade a ressenti des malaises, ou souffert de douleurs vagues dans le ventre, plusieurs fois, la diarrhée est apparue parmi les signes du début (observation de Sydney-Jones, observation de Galabin, observation de Carthy).

Symptômes locaux. — Dans les occlusions intestinales en rapport avec la grossesse, on trouve à peu près les mêmes symptômes locaux que dans les occlusions chirurgicales ordinaires : douleur, vomissements, constipation, etc.

Douleur. — Elle est de tous les symptômes le premier en date. Ordinairement elle est étendue à tout l'abdomen avec une exagération marquée en certains points : le

maximum de douleur est localisé soit à l'épigastre, soit à la fosse iliaque droite, quelquefois à la fosse iliaque gauche. Cette douleur est tantôt continue, tantôt présente des exacerbations ; d'autres fois, elle revêt la forme de crises. Elle peut cesser pour ne reparaitre que plusieurs heures plus tard (d'après plusieurs auteurs ce caractère serait d'un mauvais augure).

Vomissements. — Ils ne font jamais défaut ; mais ils peuvent n'apparaître que plusieurs jours après le début des accidents ; d'abord alimentaires, puis muqueux, enfin bilieux, ils deviennent fécaloïdes dans la moitié des cas ; ils peuvent être accompagnés de contractures douloureuses de tous les muscles du tronc. Leur couleur habituelle est d'un vert jaunâtre. Ils sont variables comme fréquence, et comme abondance ; ils se répètent tantôt plusieurs fois dans une heure, tantôt on n'en compte que cinq ou six dans une journée.

La Constipation est un signe important, elle fait rarement défaut au début des accidents et ne manque jamais dans la période d'état, souvent associée aux éructations et aux nausées ; mais il faut se garder de lui attribuer une grande valeur dans la période de début. En effet, elle n'est pas constante, et, comme nous le disions plus haut, dans trois observations elle a été remplacée par la diarrhée.

Comment concilier cette diarrhée initiale avec l'occlusion de l'intestin ?

On a expliqué les garde-robes de certains malades atteints d'obstruction par la présence de matières féca-

les au-dessous de la lésion. Cette hypothèse, très satisfaisante quand il s'agit d'une petite évacuation amenée par un lavement surtout dans le cas d'occlusion de l'intestin grêle, ne saurait rendre compte des selles alvines dont l'abondance a pu être telle que l'idée de choléra s'est présentée à l'esprit. Mieux vaut considérer l'intestin comme un organe capable d'une réaction intense.

Nous sommes tenté de voir dans la diarrhée la manifestation de la propriété que possède l'intestin de lutter contre tout obstacle qui s'oppose au passage des matières; dans l'occlusion, tant que celle-ci n'est pas absolue, l'intestin doit réagir dans toute la mesure de ses moyens, c'est-à-dire en exaltant ses fonctions sécrétoires et en activant son péristaltisme; le péristaltisme atténuant la résorption de la quantité considérable des liquides qui normalement traversent le tube digestif, les deux phénomènes concourent au même but qui est la diarrhée. Cette diarrhée que le professeur Budin a observée dans quelques cas de coprostase pendant la grossesse serait due à l'irritation locale que provoque dans l'intestin la présence de matières stercorales dures.

Cette particularité, d'autre part, inconcevable avec un canal entièrement obturé, très rationnelle, au contraire, avec un conduit simplement rétréci, nous paraît de nature à confirmer l'influence directe de la gravidité, la compression lente et progressive exercée par l'utérus.

Nous avons insisté à dessein sur cette anomalie clinique parce qu'elle a été observée plusieurs fois, et aussi parce qu'elle est inattendue et déconcertante.

Examen du ventre. — Pendant les premières heures, le ventre est rétracté, la paroi abdominale en état de défense musculaire rend la palpation profonde presque impossible; ce qui, plusieurs fois, a nécessité l'examen sous le chloroforme. Tantôt la tumeur utérine passe inaperçue, tantôt elle paraît accaparer toute la cavité abdominale.

Quelques heures plus tard, le ventre est météorisé; ce symptôme, auquel Laugier, dans les occlusions ordinaires, a attaché une grande importance, est la conséquence de l'arrêt des matières et des gaz, et persiste jusqu'à la terminaison des accidents. La paroi abdominale peut cependant regagner un peu de souplesse, malgré la tension énorme qui est le résultat du ballonnement; dans ce cas, la palpation profonde permettra souvent de constater la présence d'un utérus gravidé, et celle d'une tuméfaction à limites vagues siégeant près de l'utérus, ou empiétant vers l'une des deux fosses iliaques, et presque toujours occupant la région où la douleur est plus vive.

Cette même région peut après quelques jours présenter un empâtement accompagné d'œdème inflammatoire qui dans un cas a servi de guide à l'opérateur (Obs. I).

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux complètent le cadre de l'occlusion intestinale; parfois ils sont lents dans leur apparition; dans d'autres cas, ils se caractérisent, dès le début, par une rapidité et une intensité remarquables.

Pouls. — Le pouls est fréquent, petit, dépressible, abdominal en un mot.

Peau. — La peau est toujours froide et se couvre bientôt d'une sueur visqueuse.

Voix. — La voix s'éteint dès que les autres signes sont bien marqués.

Facies. — Il est grippé, la teinte est terreuse, les yeux excavés, les narines pincées, les lèvres cyanosées.

Température. La température est normale, ou au-dessous de la normale, à moins de complications.

Urines. A l'exception de L. Meyer, aucun observateur n'a attiré l'attention sur la modification des urines comme qualité ni comme quantité ?

Dans l'observation XIII, Meyer signale une incontinence d'urine d'une durée de 4 semaines suivie de rétention.

Forces. Les forces s'affaiblissent dès l'apparition des premiers symptômes ; et en quelques jours, la malade tombe dans la prostration complète.

Hoquet. Le hoquet apparaît en général quand la gravité de la situation est déjà évidente.

Voilà quels sont les symptômes de l'occlusion pendant la grossesse ; ils ne diffèrent pas sensiblement des symptômes de l'occlusion en général.

II. — Pendant le travail.

Les signes de l'occlusion pendant le travail ne présentent que la particularité d'être masqués par les contractions de l'utérus.

Ne possédant aucune autre observation très détaillée de ce genre, nous ne pouvons mieux faire que de résumer l'observation XI.

Quelques heures après les premières contractions douloureuses, la malade ressent une douleur violente, accompagnée par la sensation d'une véritable déchirure dans le ventre.

L'expulsion du fœtus et la délivrance ont lieu dans des conditions normales.

L'état général s'aggrave rapidement. La fièvre fait son apparition. Le thermomètre oscille entre 38° et 38°2. Le pouls varie de 120 à 150 pulsations ; il est fort au début.

Pendant les deux premiers jours, il n'y a pas de nausées ; pas de vomissements ; pas de hoquet. Mais le pouls devient petit, filiforme. La malade rend quelques gaz par l'anus, et les lavements purgatifs provoquent des garde-robes peu abondantes.

Le troisième jour : quelques nausées la matin ; le soir un vomissement verdâtre peu abondant. La constipation est absolue ; quelques gaz sont rendus après l'administration d'un lavement.

L'examen du ventre montre celui-ci ballonné, tendu, sans qu'aucune anse intestinale se dessine sous les parois. Douleur spontanée à gauche de l'abdomen, exagérée par l'exploration manuelle. Submatité à gauche de l'ombilic. Sensation d'empâtement profond. Le toucher vaginal ne fournit aucune indication.

Le sixième jour : état général grave, facies grippé,

nez pincé, dyspnée vive, ventre très ballonné. La malade meurt en pleine connaissance au milieu de phénomènes algides.

Comme on le voit, les symptômes propres à l'occlusion n'ont pas été sensiblement modifiés par le travail.

COMPLICATIONS

Les complications de l'occlusion peuvent se ramener à deux : accouchement prématuré, péritonite.

Accouchement prématuré. — L'accouchement prématuré a été signalé dans onze des observations que nous rapportons. Cette proportion montre assez l'influence de l'occlusion sur la grossesse. Nous étudierons l'influence de l'accouchement sur la marche de l'occlusion au chapitre consacré au pronostic.

Péritonite. — Cette complication est signalée obs. I, III, VIII, XI, XX, XXII. D'une façon générale, l'occlusion intestinale peut aboutir à la péritonite par les deux mécanismes bien étudiés par Aimé Guinard (1) : 1^o avec perforation de l'intestin ; 2^o sans perforation de l'intestin.

I. — *Péritonite avec perforation de l'intestin*

La perforation est consécutive soit au sphacèle de la

(1) *Traité de Chirurgie*. Le Dentu et Delbet.

paroi intestinale, obs. III, XI, XXI, soit au tiraillement exercé sur l'intestin par une bride péritonéale, obs. XI.

Dans ces cas, la péritonite peut revêtir deux formes : la forme diffuse, la forme circonscrite.

A). — Le péritoine est inondé par les matières fécales, infecté par les microbes qu'elles contiennent et particulièrement par le bactérium coli.

Elle prend une allure de péritonite suraiguë qui, complique fâcheusement l'accident initial, redouble les difficultés du diagnostic, et compromet sérieusement l'efficacité de l'intervention chirurgicale.

Le cas de Corner peut servir de type de péritonite généralisée par perforation. L'iléon était réuni au cœcum par des adhérences courtes et des exsudats plastiques ; toute la masse intestinale baignait dans un liquide fibrineux et fécaloïde.

L'ensemble des accidents avaient évolué sous la forme de péritonite très aiguë. La mort survint le sixième jour.

B). — La péritonite par perforation à forme circonscrite prend les allures de la péritonite aiguë ; c'est elle qu'on décrit au point de vue anatomo-pathologique sous le nom de péritonite adhésive plastique.

Elle peut se manifester par poussées successives, et l'étude de la lésion permet quelquefois d'en expliquer le tableau clinique. En ce moment nous faisons allusion à l'observation XI. L'anse gangrenée présentait deux perforations ; l'une, large, à bords frangés, de formation ré-

cente, occupant la zone la plus altérée de l'S iliaque, l'autre, petite, fistuleuse, cachée par des adhérences très solides, et paraissant plus anciennes. Il est probable qu'au moment des contractions du travail, il y a eu rupture d'une bride allant de l'utérus ou de la paroi abdominale à l'S iliaque plus ou moins fixé par de vieilles adhérences, et formation d'une petite fistule intestinale qui déterminait cette douleur violente et subite du début du travail.

A la suite de cet accident, est venue l'infection péritonéale, et, grâce à l'adhérence précoce des parties voisines, le pus s'est collecté en foyer.

II. — *Péritonite sans perforation de l'intestin*

La théorie de la péritonite sans perforation n'est pas acceptée par tous les auteurs.

Il n'entre pas dans le plan de notre travail de faire le procès de leur critique. Mais nous ne pouvons passer sous silence quelques détails fournis par une des observations relatées plus loin (VIII).

Dans le cas de Heath, il ne fut pas constaté de perforation: « A l'ouverture du péritoine, il s'est échappé une petite quantité d'un liquide trouble. La surface de l'intestin grêle a paru rougeâtre, et visqueuse au toucher. L'inflammation ne gagnait ni la face externe de l'utérus, ni les trompes, etc. » En somme pas de perforation, et péritonite.

Comment l'infection a-t-elle gagné le péritoine? Est-ce par voie de contiguïté; les microbes ont-ils cheminé par

effraction à travers la musculuse ? Ou bien ont-ils suivi la voie circulatoire ?

Quelques autres détails de cette observation semblent indiquer que la flore microbienne a pu gagner les vaisseaux : La malade avait souffert quelques jours avant sa mort de douleurs très intenses localisées à un genou. L'articulation fut trouvée remplie de pus.

Malheureusement l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué ; il eût été intéressant de connaître la nature des éléments pathogènes qui avaient choisi le genou comme terrain de culture.

Cette observation est très instructive en ce qu'elle prouve la possibilité de la septicémie au cours de l'occlusion.

La septicémie au cours de l'occlusion pendant la grossesse a été évidente dans une observation publiée en 1893 par MM. Widal, Chantemesse et Legry ; il s'agissait d'une femme enceinte de quatre mois qui présentait les symptômes de l'occlusion intestinale et de la péritonite ; après l'avortement, la culture de lambeaux muqueux et fétides, extraits par le curettage de la cavité utérine, fit constater la présence du *Bacterium Coli-C*. Cet élément pathogène fut retrouvé, après l'autopsie, dans le pus d'abcès multiples, dans l'utérus, dans le péritoine, dans le sang.

III. — *Symptômes de la péritonite au cours de l'occlusion*

Les symptômes de cette grave complication sont bien confus dans toutes les observations, et il serait bien difficile de préciser le moment et même le jour de son

apparition. L'aggravation de l'état général à un moment bien déterminé était peut-être un indice méconnu. La température est restée soit normale, soit au-dessous de la normale. Dans les seuls cas XI et XIII, on a observé une légère hyperthermie. Dans l'observation de Burbidge White une tuméfaction manifeste à la région de l'aîne permit de faire le diagnostic rétrospectif et de tenter une intervention chirurgicale qui fut du reste couronnée de succès.

DIAGNOSTIC

La question du diagnostic est difficile entre toutes. La difficulté est telle que des observateurs de premier ordre, des cliniciens éminents n'ont pas pu la trancher : Bandera pensait à une fièvre pernicieuse à forme algide ; L. Meyer posait le diagnostic de hernie étranglée, Champetier de Ribes crut d'abord à une hémorragie interne déterminée par la déchirure de brides péritonéales. Il faut reconnaître qu'à part de rares exceptions, la nature des lésions fut méconnue jusqu'au jour d'une intervention ou de l'autopsie.

I. — Pendant la grossesse.

Travail. — Tout au début, en présence des phénomènes de l'occlusion, la première idée qui peut surgir à l'esprit est celle d'un commencement de travail. Mais un examen attentif suffit pour faire abandonner cette hypothèse. La contraction utérine absente, et la constatation par le toucher de l'état du col, sont des indications précieuses. Mais si la femme est près du terme, si

les contractions douloureuses ont été perçues, la situation est hérissée de difficultés.

Péritonite aiguë. — « La péritonite, dit Duplay, présente dans bien des cas les symptômes de l'occlusion, et le diagnostic ne repose que sur des nuances. » Ces deux accidents en effet ont entre eux trop de relations pour que toujours il soit possible de les différencier.

Nous avons étudié l'occlusion cause de péritonite. nous savons aussi que la péritonite elle-même, quelle qu'en soit la nature, peut donner lieu par paralysie de la tunique musculuse, par production rapide de gaz, par compression directe, à une inertie intestinale complète avec phénomènes d'étranglement. (Mégrat) (1).

C'est donc là un cercle vicieux, dans lequel la clinique doit se trouver gênée.

Si la péritonite aiguë de la femme enceinte était fréquente, le diagnostic trouverait dans ce caractère un point d'appui de quelque solidité ; mais il n'en est rien (Mégrat).

La dernière ressource, comme le déclare Duplay pour l'occlusion ordinaire, résidera dans quelques nuances. L'analyse minutieuse de chaque symptôme permettra peut-être dans quelques cas de reconnaître la nature de la lésion. L'existence d'antécédents abdominaux anciens est de nature à faire pencher le diagnostic vers l'occlusion. D'un autre côté, dans la péritonite, la douleur se généralise rapidement à tout l'abdomen ; elle est très marquée à la pression et exaspérée par elle, le

(1) *Annales de gynécologie*, Oct. 1883, p. 241-321.

météorisme est égal des deux côtés, la constipation n'est pas absolue, il y a issue de gaz et même quelquefois de matières diarrhéiques; les vomissements sont plutôt bilieux; le frisson du début est assez fréquent; le pouls, dès le début, est petit, rapide, la température est au-dessus de la normale.

Dans l'occlusion, la douleur reste localisée assez longtemps. Ventre moins sensible; son ballonnement est considérable. La constipation est absolue. Les vomissements sont plutôt fécaloïdes. Le frisson manque. Le pouls est plus tardivement altéré. Le thermomètre indique de l'hypothermie, « I, VI, VIII, IX, XIX », ou une température normale « IV, X, XIII, XXII ».

De tous ces éléments, celui qui paraît avoir le plus de valeur est la température. En effet, comme le fait remarquer Mégrat, dans tous les cas de péritonite survenue pendant la grossesse (en dehors de l'occlusion) la température a toujours été supérieure à 37°5. Dans la plupart des observations que nous relatons, et dans lesquelles la péritonite n'a pas été observée par l'examen direct, il y a eu hypothermie.

Appendicite. — Dans plusieurs circonstances, le diagnostic différentiel de l'occlusion et de l'abcès appendiculaire peut être hésitant. Le médecin est d'autant plus autorisé à rechercher les signes de l'appendicite que les cas publiés de grossesse compliquée d'appendicite deviennent chaque jour plus nombreux; déjà en 1898, Pinard en avait réuni quarante-cinq.

Si nous parcourons la symptomatologie de l'appen-

dicite pendant la grossesse nous y trouvons une grande partie du cadre clinique de l'occlusion ; douleur généralisée, ballonnement du ventre, constipation, vomissements bilieux et porracés, température 37°2, pouls 120, facies grippé.

Mais, dans l'appendicite, les commémoratifs peuvent être d'un grand secours. De plus, la douleur à la pression est de préférence localisée à la fosse iliaque droite et plus spécialement au point de Mac-Burney. Dans l'appendicite, la tumeur est le plus souvent sentie à la droite du ventre, s'étendant parfois de l'hypochondre à la crête iliaque.

Etranglement herniaire. — L'étranglement herniaire comme complication de la grossesse et du travail a été longuement étudié par Léopold Meyer (1).

Les symptômes de l'occlusion intestinale ont une grande analogie avec ceux de la hernie étranglée.

On se basera pour le diagnostic sur l'existence d'une tumeur au siège habituel des orifices herniaires ; seule la présence d'une vive douleur spontanée et provoquée dans l'un de ces points fera éliminer l'hypothèse de l'occlusion interne.

Comme le fait remarquer L. Meyer, une surcharge de tissu adipeux peut faire méconnaître une hernie et donner l'idée d'une occlusion intestinale.

Grossesse extra-utérine. — Avant de terminer ce chapitre, nous devons dire un mot des ruptures des grossesses extra-utérines et en particulier des ruptures

(1) *Monatschrift für Geb. u. Gyn.*, 1899 Bd. IX.

qui présentent le tableau clinique des occlusions intestinales.

Nous trouvons ici la même soudaineté dans le début, la même douleur abdominale, la même hypothermie, les mêmes signes à la palpation, quelquefois des vomissements. L'occlusion elle-même a été observée comme conséquence de l'épanchement (Gauthier, Wegener, Lettau).

Le doute ne peut exister qu'à l'apparition des accidents ; et, à ce moment déjà, l'âge de la grossesse doit être pris en considération, l'occlusion n'étant pas l'accident des premiers mois.

II. — Pendant le travail.

Que la femme soit ou non arrivée au terme de la grossesse, le diagnostic est toujours hésitant lorsque l'occlusion intestinale se produit au moment du travail. Il paraît en effet bien difficile de dissocier les signes correspondant à chacun de ces phénomènes ; il en a été ainsi dans les observations XI et XVII. La douleur dont le siège est si variable, les vomissements eux-mêmes que le travail détermine parfois, ont une valeur de deuxième ordre. Tout au plus, une douleur subite, excessive et continue, avec un travail très lent, peut-elle donner le soupçon d'une lésion, quand il existe des antécédents génitaux ; mais quelle est au juste la nature de cette lésion ? S'agit-il d'une *occlusion intestinale*, d'une *rupture utérine* ou d'une *déchirure* par traction sur l'intestin d'une bride inflammatoire, comme cela s'est

produit dans les cas cités par Clark, Grisolles, Siredey ?

Autant de questions auxquelles on ne pourra répondre qu'après l'expulsion du produit de la conception ou même plus tard, au moment de l'intervention. Sans doute une sensation de déchirure profonde, l'écoulement sanglant par le col, l'arrêt dans les contractions de l'utérus plaideront en faveur d'une rupture utérine ; mais il est des cas comme dans l'observation XI où le diagnostic entre une péritonite par perforation et une occlusion intestinale ne pourra être posé.

En somme, pendant le travail, diagnostic difficile, sinon impossible.

PRONOSTIC

I. — Pendant la grossesse.

Mère. — Sur 23 cas d'occlusion intestinale pendant la grossesse, 17 fois la terminaison a été fatale.

Grossesse. — En mettant à part les cas où l'accouchement a été provoqué (observations XIV, XVIII, XXII), l'occlusion a déterminé 10 fois sur 20, soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

Influence de l'expulsion spontanée du fœtus sur la vie de la mère. — Sur les 10 cas d'expulsions spontanées, 6 ont été suivies de la mort de la mère.

Pourtant dans la plupart des observations il est fait mention d'une amélioration très sensible, mais momentanée. « L'accouchement, écrit L. Meyer, a une action réelle sur les symptômes mais n'atténue en rien la gravité de la lésion. »

En somme, 4 mères seulement sur 10 ont survécu à l'expulsion spontanée du fœtus. Mais dans deux cas, la guérison doit être attribuée à la laparatomie.

Enfant. — Sur 23 enfants, 12 sont nés avant terme ;

et 6 fois, la mort de la mère a entraîné celle de l'enfant.

Conclusion. — Le pronostic de l'occlusion pendant la grossesse est très grave pour la mère et pour l'enfant.

II. — **Pendant le travail.**

Mère. — La mère a toujours succombé.

Enfant. — La vie de l'enfant n'a pas été compromise.

Action de l'occlusion sur le travail. — Le travail ne paraît pas influencé par l'occlusion.

TRAITEMENT

I. — Pendant la grossesse.

Accouchement provoqué. — Les indications numériques que nous avons données au chapitre précédent nous permettent de mettre en doute l'efficacité de cette intervention préconisée par Bandera : « Dans les cas analogues, dit cet auteur, la vie de la femme pourrait être sauvée par la désoccupation de l'utérus ; le moyen à employer consistera soit dans la ponction des membranes, soit dans l'emploi des autres armes que la chirurgie met dans notre pouvoir. »

Nous ne devons pas perdre de vue que les suites d'une expulsion spontanée ont été presque toujours fatales pour la mère.

D'ailleurs dans trois observations, le chirurgien a essayé de déterminer les phénomènes du travail. Les trois malades ont succombé. Ce désastreux résultat ne nous paraît pas un encouragement vers cette intervention.

Traitement médical. — Nous pouvons condamner l'usage des purgatifs, comme Duplay les a condamnés, dans l'occlusion chirurgicale ordinaire, parce que les

purgatifs s'adressent seulement à un symptôme. Au reste ils ont été employés par la plupart des auteurs anglais dont nous reproduisons les observations : les résultats ont été médiocres ; seule, la malade de Burbidge paraît en avoir retiré un avantage.

Un traitement médical bien dirigé nous semble pourtant de nature à rendre de réels services. Il importe, en effet, de combattre cet affaiblissement précoce, cet acheminement vers le collapsus dont on trouve la mention dans toutes les observations. La thérapeutique doit s'adresser tout de suite au symptôme le premier en date, à celui qui détermine si rapidement l'épuisement nerveux, à la douleur. Si la malade a très peu de chance de guérison par l'emploi des médicaments calmants, elle est en revanche mieux préparée à l'intervention opportune qui sera pratiquée dans la suite.

Un centigramme d'extrait d'opium toutes les heures suivant la méthode de Moutard-Martin, telle nous paraît la médication de choix. On peut lui substituer l'opium ou la morphine, mais en aucun cas, on n'emploiera la belladone (G. Traversa).

Contre le météorisme, application sur le ventre de vessies de glace ; glace à l'intérieur, pour calmer les vomissements. Lavements.

La ponction capillaire, très soutenue par Curschmann, Frentzel, Furbringer, ne doit pas être pratiquée systématiquement ; elle est dangereuse (Verneuil), elle peut être la source d'une infection péritonéale. Carthy (obs. V) cite un cas de guérison rapide par l'emploi de ce procédé. Peut-être serait-on autorisé à pratiquer la ponction

capillaire dans un cas désespéré, alors que la gravité de l'état général contre-indique l'intervention chirurgicale.

Traitement chirurgical. — *Laparotomie.* — Il nous semble que dans les cas d'occlusion pendant la grossesse, il faut mettre en pratique le conseil de Verneuil : « opérer d'urgence les affections qui mettent immédiatement en danger la vie de la mère, et contre lesquelles la thérapeutique serait insuffisante ». Dans cette affection particulière, l'intervention sera celle qui, tentée avant que les lésions soient irrémédiables, permet au chirurgien d'aller au siège de l'occlusion et de lever l'obstacle qui s'oppose au passage des matières stercorales ; la laparotomie réalise seule ces conditions.

Cette opération a été pratiquée sur six femmes atteintes d'occlusion intestinale. (Observations VI, XII, XXII, XXIII, XXIV, XXV). La guérison a été obtenue deux fois (obs. XII, XXII.) Ce résultat, au premier abord, ne paraît pas très encourageant ; mais il ne faut pas oublier que les malades des observations VI, XXII, XXIV, étaient déjà mourantes quand fut pratiquée l'ouverture du ventre et que (obs. XXV) il s'agissait d'une lésion dont l'opérateur ne put découvrir ni la nature ni le siège. Les deux malades qui n'ont pas succombé se trouvaient, au contraire, par leur état général, dans toutes les conditions favorables au succès de l'intervention.

Donc, comme Meyer le conseille, il faut traiter l'occlusion intestinale de la femme enceinte, comme une occlusion ordinaire, sans tenir compte de la grossesse. Mais il est des cas où la présence de la tumeur utérine vient gêner l'opérateur et l'empêcher de trouver la lésion,

observateur XXV; c'est dans de pareils cas que L. Meyer recommande de pratiquer un anus contre nature.

Quels seront les résultats d'une laparotomie pratiquée à temps? Pour répondre à cette question, il suffit de se rappeler que depuis les faits de Spencer Wells, de Barnes, de Guéniot, de Verneuil, on ne compte plus les cas où une intervention chirurgicale a débarrassé une femme enceinte de lésions très graves; nous devons surtout tenir grand compte de ce fait que par la laparotomie, l'appendicite, cette autre complication de la grossesse, d'histoire très récente et qui présente avec l'occlusion bien des points communs, que l'appendicite, disons-nous, dépistée, décrite par des cliniciens éminents et traitée suivant leurs indications, est devenue un accident d'une gravité très atténuée.

II. — Pendant le travail.

En présence d'une femme en travail présentant des accidents abdominaux subits et graves, ayant des antécédents génitaux (opérations antérieures, inflammations utéro-annexielles), il nous semble avec notre maître M. Champetier de Ribes, préférable d'attendre l'expulsion du fœtus, et immédiatement après la délivrance, d'intervenir par une laparotomie exploratrice et curative.

L. Meyer déconseille d'abréger la période de dilatation par des manœuvres obstétricales. Dans ce but, il fut introduit une bougie dans le col utérin de la malade dont il est parlé, observation XVII, la mort arriva pendant l'expulsion du délivre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Occlusion intestinale au 6^e mois de la grossesse suivie
d'accouchement prématuré, d'abcès. Guérison.*

By Burbidge White (in *Clinical Records*, 1896).

Mrs K..., 36 ans, mère de 8 enfants, se plaignait de douleurs vagues dans la région de la fosse iliaque droite, qui avaient apparu trois mois auparavant et de malaises presque quotidiens.

Au commencement de novembre apparurent la constipation et le météorisme de l'abdomen. Aucun des nombreux médicaments que la malade s'administra dans sa famille ne vinrent à bout de ces accidents.

Le médecin appelé ne trouva aucun antécédent se rapportant à l'état de la malade.

A égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit, existait une tuméfaction considérable. La main, cherchant à établir une comparaison avec l'autre côté était gênée par une tumeur donnant la sensation d'un utérus gravide. En déprimant fortement la paroi abdominale, on était arrêté par une tumeur résistante de trois pouces de long située dans la région du cœcum et du colon ascendant et qui était le siège de vives douleurs spontanées.

La constipation était constante depuis plusieurs jours. Aucun gaz n'était sorti par l'anus. Les éructations étaient nombreuses. Le hoquet avait fait son apparition quelques instants avant l'examen.

Les orbites étaient excavés ; le regard anxieux, les traits tirés.

L'huile de ricin fut incapable d'évacuer l'intestin ; et le laudanum de calmer les douleurs. En vain, quelques heures après cette médication essaya-t-on des tisanes de graine de lin, l'huile d'olives, la térébenthine introduites par un tube flexible dans le rectum. Au reste, on ne s'attarda pas à ce traitement. On lui substitua les stimulants et les aliments liquides ; car les forces diminuaient et le pouls était rapide, et, détail à signaler, était resté d'une fréquence de 130 pulsations depuis le début de l'observation.

La température était tantôt normale, tantôt au dessous de la normale.

Un liniment sédatif fut appliqué sur le siège de la douleur. Le lendemain l'amélioration était manifeste. La malade pourtant était tourmentée par la soif. Les mouvements du fœtus étaient à peine sentis. Il fut poussé dans le vagin une injection dans la position génu-pectorale.

Huit jours après la tumeur cœcale s'était déplacée vers la gauche, ce qui fit supposer que les matières accumulées dans le cœcum avaient progressé dans le colon transverse. Un lavement contenant de l'eau de savon, de l'huile d'olives et de la térébenthine amena l'expulsion d'une cybale très dure et de débris de muqueuse.

Neuvième jour. Pendant la nuit un événement aussi fâcheux qu'inattendu vint compliquer la situation, la malade presque sans signe précurseur expulsa un enfant mort.

Le premier, le deuxième et le troisième jour après la délivrance, la constipation céda en partie aux purgatifs.

Le quatrième jour, une aggravation subite fut annoncée par une ascension thermique de 102 F., la malade eut des frissons ;

des douleurs dans la région de l'aine du côté droit, de la diarrhée. En même temps apparaissait une tuméfaction au siège même de la douleur.

Le sixième jour l'état de la malade restait stationnaire ; mais le gonflement de l'aine avait progressé.

Le septième jour la fluctuation était évidente. Une incision permit l'écoulement de douze onces de pus. Un drain fut placé à demeure ; la malade guérit.

OBSERVATION II

Accidents d'occlusion intestinale au cinquième mois de la grossesse. — Intervention. — Guérison.

Témoin Schwartz (Société de Chirurgie 1898, in *Semaine Médicale*, 1898).

Femme de 32 ans, enceinte de cinq mois, présente des accidents d'occlusion. Ces accidents dataient de plusieurs jours quand l'intervention fut décidée.

Celle-ci consista en une laparotomie. En déroulant l'intestin grêle, une anse fut trouvée fixée derrière l'utérus par des adhérences péritonitiques développées aux dépens des ligaments larges.

La destruction de ces adhérences fut suivie d'un rétablissement du cours des gaz et des matières, dans la nuit qui suivit l'intervention. La malade eut une fausse couche et la guérison se fit sans accident.

OBSERVATION III

Obstruction intestinale aiguë compliquant une grossesse.

(Corner, in *Lancet*, 1888, p. 675).

Malade âgée de 27 ans, mariée et enceinte depuis quatre mois, pendant lesquels elle a souffert d'indispositions légères et de nausées.

Le 20 novembre, après un copieux repas, elle fut assaillie par des douleurs abdominales atroces, et de pénibles vomissements. Elle eut plusieurs selles très faciles.

Rien d'anormal à l'examen du ventre ; l'utérus était bien un utérus de quatre mois.

Les jours suivants la diarrhée fit place à la constipation.

Le 26 novembre, on donna du chloroforme et l'examen fut pratiqué avec soin. On ne perçut rien d'anormal.

Le 27, mort.

Autopsie.

L'iléon était étroitement appliqué contre le cœcum sur une hauteur de cinq pouces. En ce point existaient des adhérences étroites et résistantes. Le péritoine contenait une grande quantité de matières fécales.

OBSERVATION IV

(Carthy, in *Lancet*, 1888)

Une femme enceinte d'environ 5 mois reçut les soins de ce médecin. Des nausées que rien n'expliquait et la diarrhée attirèrent d'abord son attention.

Survinrent des douleurs abdominales excessives avec flatulence. La constipation remplaça la diarrhée.

La température était normale. Le pouls était petit, et incomptable.

Les phénomènes abdominaux ne répondaient pas à la prostration de cette femme.

La mort arriva après une semaine de souffrance.

L'autopsie seule permit de faire le diagnostic d'occlusion intestinale. Les matières fécales étaient arrêtées au niveau du cœcum, et en ce point il fut trouvé des traces de brides d'origine inflammatoire. L'intestin examiné avec soin ne portait aucune trace d'inflammation.

OBSERVATION V

(Carthy, in *Lancet*, 1888).

Multipares sans antécédents, en état de santé parfaite, fut prise de coliques atroces avec ballonnement du ventre. La douleur était répartie dans tout l'abdomen. Les anses intestinales étaient senties dans les flancs sous forme de tumeurs allongées dans lesquelles on provoquait du gargouillement.

La tension de l'intestin paraissait être la source de la douleur. Il fut pratiqué une ponction qui amena une sédation immédiate.

La malade guérit. La grossesse suivit son cours.

OBSERVATION VI

(Pye-Smith, in *Lancet*, 1888).

A quatre mois et demi de sa grossesse, une femme de 30 ans, atteinte depuis plusieurs jours de constipation opiniâtre, éprouva subitement des douleurs insupportables dans l'abdomén. En même temps elle rejeta par la bouche les aliments de son dernier repas.

Les jours suivants la constipation persistait malgré les lavements laxatifs, et les purgatifs à l'huile de ricin.

L'état général s'aggrava rapidement. Les vomissements d'abord alimentaires devinrent muqueux puis bilieux, enfin fécaloïdes. La peau était froide, la température au-dessous de la normale, le ventre distendu.

Le diagnostic ne fut pas hésitant, et dès qu'on s'aperçut de l'inefficacité du traitement médical, on décida une opération exploratrice pour rechercher la cause de l'occlusion.

La malade mourut.

OBSERVATION VII

(Galabin, in *Lancet*, 1888).

Une femme, au sixième mois de sa grossesse, souffrait d'une diarrhée rebelle qui l'avait plongée dans une faiblesse extrême. Subitement la diarrhée disparut, et les signes d'occlusion intestinale firent leur apparition.

Quand la malade fut examinée, on posa le diagnostic rétrospectif de volvulus. Elle était près du collapsus ; et l'intervention chirurgicale fut jugée inutile.

OBSERVATION VIII

Obstruction intestinale provenant de la constriction de l'S iliaque. Avortement. Septicémie.

(Heath, in *The Medical Times and Gaz. London*, 1880).

Marguerite P..., 35 ans, s'est présentée à notre consultation le 8 août 1880, enceinte de six ou sept mois. Plusieurs années avant, la malade avait eu un avortement. Dans son passé, il n'y avait trace ni d'inflammation péritonéale, ni de jaunisse, ni de colique hépatique, ni de calcul biliaire, ni de tumeur abdominale, ni de constipation prolongée, ni de présence de sang ou de pus dans les selles.

Le 2 août, et les deux jours suivants, la malade n'eut pas de selle ; le ventre était distendu, flatulent, les éructations fréquentes, les borborygmes incessants, l'appétit nul.

Le 5 août, survenaient des nausées et le vomissement de quelques aliments légers que la malade avait avalés péniblement. Les vomissements devinrent douloureux et fréquents. Les matières vomies étaient amères, d'odeur fétide, jaune verdâtre.

Le 8 août, au matin, violent hoquet.

Le 9 août, 104 pulsations. Température, 99,4 F.

Pas de diarrhée, ni de défaillance. Traits tirés. Langue saburrale et humide. Pouls petit et dépressible. Un seul vomissement, alimentaire, Constipation absolue. Pas de hoquet. Eructations.

L'abdomen était presque uniformément tendu. Pourtant le flanc droit, les régions hypogastriques et ombilicales étaient un peu plus résistantes. Le foie formait une voussure à l'hypochondre droit. Pas de douleur abdominale. Pas de sensibilité à la palpation. La paroi était élastique.

A la palpation profonde, on sentait dans la fosse iliaque gauche une tumeur mobile, petite, ovale, douloureuse à la pression ; dans les deux flancs la percussion donnait un son tympanique, l'examen du rectum le montra vide, on n'y sentait pas de rétrécissement. L'examen par le vagin demeura négatif. Lavement.

Le 11 août, température 102,2 F. Pendant la nuit on essaye vainement d'introduire un long tube dans le rectum. — La douleur est devenue plus vive dans la cavité abdominale et le rectum, on administre de l'opium par la bouche, et on injecte de la morphine. A 8 heures et demie, la malade accouche d'un enfant vivant de 2000 grammes, lequel meurt après une heure. La température est de 102,2 F.

12 août. La malade se plaint de douleurs brûlantes dans l'abdomen. Celui-ci est plus souple, mais plus gros que la veille. La langue est humide et saburrale. Température 99,5. F. à 101,6 F. Pulsations à cinq heures 152. Pouls très petit. Dans l'après-midi vomissements alimentaires. Les traits sont tirés, amaigris, la face pâle.

On pratique le lavage intra-utérin.

Le 13 août, amélioration, diminution de la douleur. Ventre moins souple, température à 11 heures 101 F.

Le 15 août. La nuit a été mauvaise, même tension de l'abdomen. Eructations fréquentes. La malade ne peut pas conserver

d'aliment. Vomissement verdâtre. Le visage est rouge. La langue est moins chargée mais plus sèche.

Température à onze heures du matin 102.6. Pulsations 138. Pouls petit et dicrote.

16 août. Les vomissements n'ont pas cessé pendant l'après-midi de la veille et la nuit, température à quatre heures du soir 104 F, Pulsation 148.

Le 17 août, douleur vive au genou gauche, lancinante, température 105 F. Pas de changement.

Le 18 août, le genou est gonflé et présente de l'hydarthrose.

Le 19 août, vomissements persistants à 4 heures du matin, les matières rejetées deviennent de plus en plus sombres, elles sont nauséabondes ; elles ont l'aspect de graines de café et sortent à la fois par la bouche et par le nez.

A 11 heures, la malade tombe dans le collapsus, peau froide, visqueuse, extrémités cyanosées, pouls rapide, la mourante paraît endurer des souffrances atroces.

Mort à 2 heures du soir.

Autopsie pratiquée 24 heures après le décès.

A l'ouverture du péritoine, il s'échappe une petite quantité de sérosité jaune-rougeâtre. La surface de l'intestin grêle est rougeâtre, visqueuse au toucher, le cœcum est distendu ; la couche muqueuse de l'intestin est en voie d'ulcération. Le colon contient des matières molles ressemblant à de l'argile. Le colon ascendant n'est en contact avec le péritoine qu'au dessus de la crête iliaque ; pas d'adhérence mésentérique. A partir de l'extrémité inférieure du rein gauche, le colon descendant n'est plus entouré par le péritoine. L'S iliaque présente une dilatation énorme qui s'arrête brusquement à son union avec le rectum. Ce point est épaissi, et a la consistance fibreuse. L'utérus a le volume du poing ; au niveau de l'insertion placentaire et du col on détache des masses noirâtres à consistance boueuse. L'inflammation ne gagnait pas la face externe de l'utérus ni les trompes.

L'articulation du genou contenait du pus.

OBSERVATION IX

Obstruction intestinale. Hernie ombilicale. Guérison.

(M. Sydney Jones, St-Thomas's Hospital, in *Lancet*, 1882).

Mrs. A. S., âgée de 26 ans, mariée, présentait des symptômes d'occlusion intestinale. Voici son histoire.

Elle était enceinte de sept mois, et pendant toute la durée de sa grossesse, elle avait été incommodée par une anorexie tenace et de fréquentes nausées.

Le 26 février, sur le soir, elle fut prise d'une abondante diarrhée et de vomissements. Elle vomissait toutes les dix minutes, rejetant immédiatement les liquides qu'elle introduisait dans son estomac.

27 février. La diarrhée cesse le matin.

Depuis ce moment jusqu'au 2 mars, jour de son admission à St-Thomas's Hospital, elle ne rendit par l'anus ni gaz, ni matière d'aucune sorte. Pourtant, pendant ces quatre jours, elle avait absorbé de fortes doses d'huile de ricin. Les nausées et les vomissements si souvent répétés lui occasionnaient de vives douleurs. Les matières vomies étaient noir-foncées. Depuis la veille de son admission, elles avaient un goût désagréable.

Ses forces avaient considérablement diminué.

Il faut dire aussi que depuis cinq mois, la malade présentait une grosseur au niveau de l'ombilic, laquelle n'avait jamais été tout à fait réductible, mais n'avait jamais grossi et n'avait à aucun moment provoqué de douleur.

L'aspect robuste de cette femme contrastait avec sa faiblesse actuelle.

Température 96,8 F. Pouls faible.

La hernie qui déformait l'abdomen ne donnait aucun signe d'étranglement. La paroi abdominale était légèrement sensible et d'une façon égale sur tous les points. La base de la tumeur

herniaire offrait cette même sensibilité. A la partie inférieure de l'abdomen existait profondément située une tumeur qui produisait la sensation d'un utérus gravide, on y percevait les bruits du cœur fœtal. Le pouls maternel pris au poignet était de 120 puls., la langue sale et humide, la soif intense.

On administra une pilule d'opium d'une once, dose que la malade devait prendre toutes les cinq heures, les vomissements s'arrêtèrent aussitôt, et la malade put garder une petite quantité d'eau-de-vie et de lait.

Trois heures plus tard survint une évacuation intestinale diarrhéique d'une extrême abondance. La malade eut 5 selles dans la nuit.

Le 3 mars le sommeil fut possible. L'état général s'améliora. Le pouls était plein. Pas de vomissement.

Le 4 mars un vomissement verdâtre dans la soirée.

Le 6, nous apprenons que la diarrhée avait repris depuis 24 heures. Pas de vomissement, mais une douleur vive à l'épigaste. La langue était humide et nettoyée. Pulsations 86. Les forces étaient revenues.

Le 9, la malade quitta l'hôpital, n'ayant plus ni vomissement, ni diarrhée.

OBSERVATION X

Des difficultés que présente le diagnostic de l'étranglement intestinal pendant la grossesse

(I. M. Bandera, in *Periodico de la Academia de Mexico*, 1887).

La Sra M. A. de Mexico, âgée de 29 ans, de tempérament lymphatique, de constitution physique normale, avait été soignée par nous d'une pleurésie purulente dont elle était guérie. Sur l'avis d'un autre médecin, elle avait calmé sa douleur par les injections de morphine, et elle était devenue morphino-

mane. Elle fut envoyée à l'hôpital de la rue Canoa pour être débarrassée de cette intoxication, et fut soumise à l'isolement.

Le 27 septembre, nous fûmes appelé près d'elle pour de violentes douleurs dans le ventre. Nous apprîmes la suppression de ses règles, sans pouvoir leur fixer une date précise.

La température était de 35°6. Rien ne pouvait expliquer la cause des douleurs. Le teint était jaune; la voix éteinte, le pouls misérable, la peau froide. Le ventre était distendu non douloureux à la pression. On y sentait une tumeur dure, rénitente, arrivant à deux doigts au-dessous de l'ombilic. La paroi était dans un tel état de défense musculaire qu'on cherchait en vain l'utérus et qu'il fallut se demander si réellement on avait affaire à une gestation.

Le col de l'utérus était mou, entr'ouvert, laissant pénétrer la phalange de l'index.

La veille, cette femme avait senti les mouvements actifs du fœtus. L'auscultation faisait percevoir un souffle, mais pas de souffle fœtal.

Appareil digestif. Légères nausées; depuis l'apparition des douleurs la malade n'avait évacué qu'un lavement.

La seule façon d'expliquer ces phénomènes était de supposer une fièvre paludéenne à forme algide. La topographie de sa nouvelle habitation nous fit incliner vers cette hypothèse. On fit en conséquence une injection de chlorhydrate de quinine et on donna une potion à base d'alcool.

Le 28, à midi, nous constatâmes avec le professeur Lavista outre les mêmes symptômes une ascension de l'utérus vers l'épigastre, qui simulait une grossesse de neuf mois. Au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, les ligaments larges donnaient la sensation de deux cordes tendues. Ventre dur, résistant, douloureux au palper. Le col de l'utérus était plus élevé que la veille. Nous fîmes le diagnostic de fièvre pernicieuse.

Pendant la nuit, aggravation de l'état général sans que la température dépassât 37°5. Distension abdominale plus con-

sidérable. Vomissements bilieux, pas d'évacuation anale depuis la veille. Pouls filiforme, fréquent. Facies de mourante.

Laviska parla d'occlusion intestinale dont la grossesse masquait la cause. Il proposa l'accouchement immédiat. Tout faisait supposer la mort du fœtus dont on n'entendait plus les bruits du cœur. Nous appelâmes le professeur Carmôna qui ne put venir.

Le 29, la malade succomba à 10 heures du soir.

Résultat de l'autopsie.

Aspect extérieur d'un corps qui a succombé dans l'agonie ; le ventre était énorme. On fit une incision comme pour la laparotomie.

Après la section de la paroi abdominale, l'utérus vint immédiatement faire hernie à l'extérieur ; il était rouge, violacé, laissant écouler un liquide sero-sanguinolent : il était remonté vers l'épigastre : les ligaments larges étaient tendus, une masse intestinale croisait le ventre d'une fosse iliaque à l'autre ; en l'examinant, nous vîmes qu'elle correspondait au colon descendant et à une partie du transverse. En la soulevant, on voyait l'intestin grêle libre et sain. Remettant les organes à leur place, nous vîmes l'utérus au-dessus de la masse intestinale ; l'anse distendue du gros intestin passait près du segment inférieur et du col. La partie supérieure de l'S iliaque était accolée au cœcum et unie à lui par des adhérences de nouvelle formation.

En suivant avec la main les parois de l'utérus au-dessus du col, on sentait à ce niveau un resserrement formé par l'application étroite du gros intestin.

Le reste du gros intestin énormément dilaté offrait l'aspect asphyxique propre à la paralysie vasculaire.

La matrice ouverte avait les dimensions d'un utérus de six mois, et la paroi antérieure était bombée. Le fœtus était mort, et présentait les signes de l'asphyxie. Le placenta était modifié dans sa structure, et parsemé de noyaux blancs.

La cavité péritonéale ne portait pas de trace d'inflammation.

OBSERVATION XI (inédite). (1)
(Champetier de Ribes et Daniel).

Occlusion intestinale survenue pendant le travail.

La nommée A..., âgée de 31 ans, blanchisseuse, est entrée dans notre service le 10 mai 1901.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort albuminurique, sa mère est bien portante.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie générale.

En 1897, à la fin d'une époque menstruelle venue en retard de 15 jours, la malade avait ressenti une vive douleur dans le bas-ventre du côté gauche. Cette douleur persista les jours suivants. et détermina la nommée A... à entrer à Beaujon, au service de M. L. Championnière. Le 10 décembre, ce chirurgien, après avoir reconnu l'existence d'une grossesse tubaire gauche, pratiqua la laparotomie. D'après les renseignements de l'opérateur, cette grossesse datait de trois ou quatre mois et formait dans la trompe une tumeur volumineuse et très adhérente aux organes voisins. L'ablation de la trompe gauche et de l'ovaire du même côté fut pratiquée sans difficulté. Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier, pourtant, cette femme ne put quitter l'hôpital que le 8 février 1898.

Depuis cette date, elle revint plusieurs fois au service ; la guérison était complète, et les règles étaient revenues normalement.

Voici maintenant les renseignements que la malade a fournis à sa rentrée dans le service de M. Champetier de Ribes, le 10 mai 1901.

La nommée A... a marché à l'âge de 16 mois. Elle a toujours bien marché. Règles à douze ans, toujours régulières.

Grossesses antérieures. — V. Pare. Toutes les grossesses ont été l'œuvre du même père.

(1) Cette observation sera communiquée à l'Académie de médecine. Novembre 1901.

En 1890, première grossesse qui n'a présenté aucun accident. L'accouchement a eu lieu en ville. Présentation du siège. Enfant à terme; il a été nourri au biberon et est mort à six mois. Les suites de couches ont été normales.

En 1893, nouvelle grossesse; la malade accoucha chez elle d'un enfant à terme; présentation du sommet, l'accouchement est spontané. Suites de couches normales.

En 1895, nouvelle grossesse. Présentation du sommet; accouchement normal d'un enfant à terme. Suites de couches normales.

En 1896, avortement de quatre mois. Complications : rétention placentaire; délivrance artificielle, suivie de curettage cinq jours après. Injections intra-utérines pendant neuf jours. Les règles reviennent régulièrement.

Dans l'intervalle de ces grossesses, la malade n'a jamais souffert du ventre.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles datent du 9 au 15 août 1900. M. Championnière, qui voit la malade pendant cette grossesse, ne constate aucune complication; pourtant, à la suite de quelques légères douleurs ressenties tout à fait au début, il lui conseille d'entrer à l'hôpital quelques jours avant le terme.

Examen à son entrée, c'est-à-dire à 8 mois et demi : on constate une présentation du sommet, engagée en OIGA. Hauteur de l'utérus trente centimètres. Bassin normal. Bruits du cœur fœtal, normaux. Urine sans sucre ni albumine : Température 36°6. Pouls 80.

Depuis ce moment jusqu'à celui de l'accouchement, rien n'attire l'attention. Pas de douleurs, pas de vomissements; selles très régulières.

Accouchement. — Le travail commence le 20 mai à 8 heures du matin.

Une heure après ce début de travail, la malade se plaint d'une douleur abdominale très violente, subite; cette douleur siège à gauche, elle est spontanée, paroxystique, difficile à

localiser par le palper à cause des contractions utérines ; elle va persister pendant toute la durée du travail, augmentant d'intensité au moment de l'expulsion du fœtus.

A 5 heures 15, l'expulsion est achevée ; cette période a duré quinze minutes. Extraction simple sans aucune complication. Poids du placenta, 350 grammes. L'enfant est vivant et pèse 2870 grammes.

Après l'accouchement, la douleur persiste aussi atroce.

La température du soir est de 38° : le pouls est à 120.

Examen, les jours suivants. — Le 21 mai, l'état général paraît stationnaire. La douleur abdominale persiste, mais très atténuée, elle redouble par le palper. Pas de vomissements. Pas de nausées. La malade n'est pas allée à la selle. Température du matin, 37°. Pouls, 120, assez fort.

L'examen du ventre fait constater l'existence d'un tympanisme qui occupe tout l'abdomen, et qui gêne l'exploration. L'utérus semble douloureux à la pression ; il est porté vers la droite. A gauche de l'abdomen, le palper délimite une zone douloureuse, située le long du bord gauche de l'utérus.

Le traitement symptomatique est institué : vessie remplie de glace sur le ventre, opium à doses fractionnées (4 pilules de 0,01 centigr.) ; champagne frappé, administré par cuillerées ; lait coupé d'eau de Vichy.

22 mai. Etat général moins satisfaisant ; facies amaigri ; traits tirés. Insomnie dans la nuit. Pas de vomissement. Quelques nausées apparaissent dans la soirée. Constipation persistante ; sous l'influence d'un lavement évacuateur, la malade expulse une petite quantité de matières fécales avec des gaz.

Température du matin, 38°2. Pouls, 130, petit.

L'examen du ventre fait constater l'exagération du tympanisme des jours précédents. Par le palper on sent moins bien l'utérus, mais on peut délimiter à gauche de la ligne médiane, à hauteur de l'ombilic, une zone indurée, douloureuse, formant un véritable gâteau.

Par le toucher, on ne constate pas de collection dans les culs-de-sac du vagin.

On continue le même traitement.

23 mai. L'état général s'aggrave : l'amaigrissement fait des progrès ; facies grippé, nez effilé. La voix est faible. La malade se plaint de soif vive ; elle a quelques nausées et dans la soirée se produit un vomissement verdâtre, muqueux, peu abondant. La constipation est absolue. Un lavement ne détermine que l'évacuation de quelques gaz.

Dans la soirée, une dyspnée vive apparaît. La température s'élève et atteint 38°2. Le pouls est de 150 pulsations ; il est petit, filiforme.

L'état local ne s'améliore guère ; le tympanisme abdominal est très marqué. Par le palper, on délimite à gauche de l'ombilic une zone indurée. M. Championnière consulté porte le diagnostic de péritonite probable.

On continue le traitement des jours précédents. On injecte 500 centimètres cubes de sérum artificiel, on fait deux piqûres de 0,004 milligr. de morphine. L'ingestion de 15 gr. d'huile de ricin ne donne aucun résultat.

24 mai. Il semble y avoir une amélioration sensible des symptômes généraux : facies moins tiré ; température 37°2, pouls 120, plus fort que la veille. Pas de vomissements. La constipation ne cède pas aux lavements purgatifs.

M. Championnière vient examiner la malade et ne juge pas utile d'intervenir le jour même. Les symptômes locaux persistent.

Même traitement.

Dans la soirée, l'état devient plus grave : dyspnée angoissante, douleur abdominale très intense, absence de gaz et de matières.

25 mai. Aggravation de l'état général ; facies péritonéal. Température 38°, pouls 120 très petit et rapide. Pas de vomissements. Météorisme plus accentué.

Dans la soirée surviennent des sueurs froides, le refroidissement des extrémités ; la dyspnée s'est accrue.

La malade meurt à deux heures et demie du matin, conservant jusqu'à la fin son entière connaissance.

Autopsie. — Elle est pratiquée 30 heures après la mort.

Du ventre qu'on ouvre sur la ligne médiane, s'échappe une odeur horriblement fétide. Pendant qu'est pratiquée l'incision de la paroi, il s'écoule un liquide jaunâtre, peu consistant, ressemblant à du pus très fluide, ce liquide est mélangé de débris alimentaires et de matières fécales.

Deux incisions latérales sont pratiquées pour voir les organes abdominaux sur une plus grande étendue. Immédiatement on tombe sur l'estomac fortement distendu mais ne présentant pas d'autre particularité.

Le grand épiploon recouvre la masse intestinale ; il se montre libre et flottant sur les parties latérales mais fixe et immobile au niveau de la ligne médiane ; il forme à ce niveau un véritable plastron, large de quatre travers de doigt, s'étendant du bord inférieur de l'estomac à la paroi abdominale antérieure et se fixant à cette dernière à cinq travers de doigt au-dessus du pubis.

Cette portion du tablier épiploïque adhère en arrière aux anses intestinales sous-jacentes par des tractus lâches ; en avant elle s'insère solidement à la paroi abdominale au niveau de la cicatrice consécutive à la laparotomie pratiquée en 1897.

La paroi abdominale antérieure, qu'on peut voir, maintenant par sa face postérieure, présente une coloration verdâtre dans toute la portion située au-dessous de l'estomac ; elle est irrégulière, couverte de vieilles adhérences et de nombreux exsudats récents, jaunâtres, d'aspect pseudo-membraneux.

Après avoir détruit ces adhérences et celles du grand épiploon on rabat celui-ci en haut.

Le contenu abdominal peut alors être étudié. A la surface du paquet intestinal, rouge et distendu par les gaz, apparaît sur la partie gauche de l'abdomen une anse du gros intestin, morti-

fiée, couverte de fausses membranes, remarquable surtout par sa couleur vert-olive. Cette anse dirigée horizontalement, longue de 15 à 16 centimètres, est extrêmement dilatée; son calibre surpasse trois fois celui du reste de l'intestin; elle est remplie de matières très dures; ses parois sont amincies et très friables en plusieurs points; à son extrémité externe apparaît une perforation à bords frangés et irréguliers, de la dimension d'une pièce de cinq francs; par cet orifice s'écoulent des matières intestinales. Au-dessus de cette perforation en existe une autre présentant les dimensions d'une pièce de vingt centimes et cachée en partie par des fausses membranes.

L'anse perforée est réunie aux organes voisins par de nombreuses adhérences; les unes aboutissent à d'autres portions de l'intestin; les autres vont la fixer, soit sur la paroi soit sur les organes voisins. En haut, l'anse malade est encadrée en partie par une anse saine correspondant à l'extrémité supérieure du colon iléo-pelvien; les deux s'abouchent ensemble à leur extrémité interne. Entre ces deux parties du tube digestif il existe des dépôts plastiques jaunâtres, peu solides, d'aspect purulent. En avant l'anse perforée adhère à la partie médiane du grand épiploon et à la paroi abdominale antérieure par des tractus lâches. A son extrémité interne, il existe une bride fibreuse, dure au toucher, présentant l'aspect d'une grosse plume d'oie; cette bride fixée solidement sur l'anse sphacélée s'insère par son autre extrémité au milieu du tissu cicatriciel d'origine opératoire. A l'extrémité externe fait suite sur la face postérieure la partie supérieure du rectum. A leur union existe une véritable coudure formée en haut par le colon iléo-pelvien énormément distendu par les gaz et les matières fécales, en bas par l'origine du rectum vide et affaissé. Cette flexion anormale est maintenue d'une part par l'adhérence des anses entre elles, d'autre part par une bride péritonéale très résistante qui va de la corne utérine gauche (siège initial de l'inflammation) à la fosse iliaque correspondante. Cette dernière bride paraît avoir joué le rôle capital dans la production de l'occlusion.

Les diverses adhérences dont nous venons de parler ont été rompues. En soulevant le colon pelvien on pénètre dans une véritable poche purulente qui correspond au petit bassin ; toute l'excavation pelvienne est baignée par une quantité considérable d'un pus épais, jaune verdâtre, non fétide qui empêche de distinguer les différents organes contenus dans cette cavité.

L'examen microscopique a révélé l'existence de microcoques et de streptocoques.

OBSERVATION XII

Prof. Dr. L. Meyer, (in *Monatschrift für Geburts. u. Gyn.*,
Bd. ix, Heft. 2, p. 159).

Femme F..., âgée de 42 ans, VII pare. La dernière grossesse datait de 9 ans. Le dernier accouchement et ses suites n'avaient présenté aucune particularité. La dernière menstruation était du milieu d'avril 1891. La grossesse suivait son cours, malgré un coup très violent qui avait porté sur le ventre durant l'été.

Le 20 décembre 1891, elle eut une selle naturelle le soir, suivie de coliques et de vomissements qui durèrent toute la nuit. La malade pensa à un commencement de travail et fit appeler la sage-femme ; la grossesse était de 8 mois.

Le lendemain le médecin de la famille crut trouver une position transversale et me fit appeler, après avoir pratiqué une injection de morphine ; les douleurs cessèrent ainsi que les coliques.

La maladie ne me parut pas inquiétante. L'utérus était gros ; les bruits du cœur fœtal étaient forts, et situés à gauche. La tête de l'enfant était reportée à droite, l'orifice du col non dilaté. J'ordonnai seulement de maintenir la malade sur le côté droit.

Deux jours plus tard, je fus appelé de nouveau ; la malade n'avait évacué par l'anus aucune matière fécale, ni aucun gaz,

depuis le 20 au soir ; quelques vomissements bilieux et alimentaires, qui disparurent sous l'influence de la morphine ; la malade ne se plaignait pas d'une douleur localisée, mais bien de coliques vagues, intermittentes. Langue humide. Pouls, 100. Pas de hernie ; endolorissement de tout le ventre ; grande sensibilité du côté gauche, et le long de la face interne de la cuisse gauche. Pas de névralgie à l'extrémité du membre inférieur gauche. Un laxatif administré fut rejeté par vomissement : un lavement fut donné sans résultat.

Dans le courant de la nuit, la situation s'aggrava, et le 24, au matin, la malade eut un vomissement fécaloïde ; elle était abattue ; la langue presque sèche, pouls 120, température normale.

Cette femme fut conduite à ma clinique privée, et examinée avec soin sous le chloroforme à 3 heures de l'après-midi. La situation paraissait la même que la veille avec en plus une sensation de plénitude du côté gauche.

Dans la nuit, apparurent les douleurs du travail ; la tête était à demi engagée, le col entrouvert, le toucher anal fit sentir le rectum vide avec une muqueuse lisse. Comme la patiente était très grasse, il ne m'était pas permis d'éliminer tout à fait la possibilité d'une hernie étranglée ; la sensibilité de la cuisse avait disparu. Je me décidai donc à pratiquer une incision comme pour la herniotomie, me réservant de prolonger l'incision, si je ne trouvais pas trace de hernie, de rechercher l'obstacle cause de l'obturation, et, au cas où je ne trouverais pas ce dernier, de pratiquer un anus contre nature.

Après avoir sectionné les parois surchargées de graisse, je constatai que le canal inguinal, et le canal crural étaient bien libres ; à la section du péritoine, s'écoula une grande quantité d'un liquide clair, jaunâtre, rappelant l'aspect de l'épanchement ascitique. En introduisant mon doigt, je sentis dans le ligament large gauche tout à côté de la face latérale de l'utérus une petite ouverture par laquelle s'insinuait une anse intestinale. Ensuite je prolongeai l'incision en haut et à gauche, et je tirai

à moi l'anse étranglée, ce qui ne présenta aucune difficulté. Sur la portion de l'intestin ainsi tirée, je vis un sillon, et au fond de ce sillon une éraillure de la séreuse ; ce sillon se prolongeait sur le mésentère sous forme de stries ecchymotiques. L'intestin ne paraissait pas malade.

Le ligament large présentait un orifice arrondi à bords taillés à pic, et qui laissait pénétrer l'extrémité de l'index.

Il me fallait ou bien obturer l'orifice, ou bien l'agrandir ; je pris ce dernier parti parce que l'utérus très volumineux rendait les manipulations très difficiles ; j'élargis la déchirure avec les doigts. — La plaie abdominale fut fermée au moyen de sutures profondes et de sutures superficielles. Un pansement fut appliqué.

Il ne se produisit pas de vomissement après le sommeil chloroformique.

Mais la malade se plaignit de douleurs dans le ventre, douleurs qui devinrent de plus en plus vives, malgré les injections de morphine.

Deux heures plus tard, rupture de la poche des eaux, et après un quart d'heure, accouchement spontané d'une fille de 2000 gr. (Quatre semaines avant terme), Délivrance sans hémorrhagie.

Les vomissements cessèrent ; les jours suivants furent marqués par l'émission de gaz et par deux garde-robes provoquées par un lavement huileux.

Le 28, garde robe, suivie de vomissement et de douleurs de peu de durée.

19 jours après les fils furent enlevés ; cicatrisation par première intention.

8 jours plus tard, la malade se leva, et quitta la clinique.

Le 15 septembre de l'année d'après, la malade accoucha de nouveau (garçon de 4200 gr.) ; il ne fallut aucune intervention. La ligne cicatricielle de la paroi abdominale était lisse et à peine visible.

Dans la suite la santé a été parfaite.

Réflexions. — L. Meyer cite un cas analogue rapporté par Smith (section obst. Royale revue de médecine. Dublin) qui se produisit en dehors de la grossesse sous l'influence du développement d'un kyste dermoïde. « Dans ces deux cas, ajoute l'auteur, ce passage de l'intestin avait été favorisé par ce fait que le ligament large se trouvait tendu ; cet excès de tension avait contribué à élargir le trou ; dans mon observation l'accroissement de l'utérus gravide a déterminé cette tension. »

OBSERVATION XIII

L. Meyer (*ibid.*)

M. K. O., 30 ans, Ipore. Rentrée à Frederik's Hospital le 30 janvier 1895, au 8^e mois de sa grossesse.

Antécédents. — Depuis longtemps les digestions de cette malade étaient paresseuses ; alternatives de constipation et de diarrhée. Un mois avant sa rentrée, augmentation subite du ventre qui obligea M. K. O. à garder le lit pendant une journée. Depuis un mois les selles sont dures et rares ; plusieurs laxatifs ont été administrés. Pendant les 15 derniers jours la tension du ventre a augmenté ; dans les derniers jours, malaises, nausées et vomissements. Incontinence d'urine depuis 4 semaines.

Etat actuel. — A sa rentrée à l'hôpital entre 4 et 5 heures de l'après-midi, un lavement détermine une garde-robe peu abondante ; la vessie contenait 2.100 cm. d'urine. La tête du fœtus était profondément engagée. Pas de symptôme de travail. Des irrigations intestinales furent rejetées, légèrement colorées par les matières fécales.

Le lendemain, température normale : Pouls, 120. Urines normales. Vomissements acides, mais pas fécaloïdes. Le soir température, 38°4.

Les jours suivants, 38°7. Pouls fréquent, langue humide.

Vomissements fécaloïdes. Lavage de l'estomac, diminution des vomissements. Pas de selle. Pas d'émission de gaz par l'anus.

Dans la soirée la malade entra dans le service d'accouchement.

La tête était dans la deuxième position 01.

Membranes rompues, orifice utérin complètement dilaté.

Le gros intestin était vide, et deux doigts purent être introduits jusqu'au-dessus de la tête du fœtus.

On fit une application de forceps. L'enfant en état de mort apparente, avant terme de 8 à 10 semaines, avait une longueur de 40 cm. et un poids de 1750 gr., et mourut quelques instants après la naissance.

Immédiatement après la délivrance, on fit à la malade un lavage de l'estomac, et on injecta une solution de morphine.

Peu d'heures plus tard, issue involontaire de matières fécales liquides.

Le lendemain, 1^{er} février, la malade fut transportée à la salle de chirurgie; évacuation encore involontaire d'excréments liquides mélangés de cybales; cela dura jusqu'au 7 février.

A ce moment, cystite, ulcère puerpéral (?) et paramérite droite avec attitude normale de l'utérus. L'intestin était tellement paresseux qu'à partir du 17 février, la malade n'eut pas de garde-robe pendant 5 jours consécutifs, malgré les lavements et les purgatifs. Enfin à la suite d'un purgatif énergique, selle abondante.

La malade quitta l'hôpital le 1^{er} avril.

Le 12 septembre 1898, nouvelle rentrée à l'hôpital pour une autre grossesse. Nous apprîmes que sa santé s'était maintenue très satisfaisante, mais avec la gestation, la constipation avait réapparu, rebelle aux purgatifs répétés.

Le ventre était météorisé, l'utérus petit, le col à droite...

Comme la tête restait longtemps en transversal, une application de forceps acheva l'accouchement. Enfant vivant, avant terme de 4 à 6 semaines, 2500 gr., 48 cent.

Suites de couches normales. Régression de l'utérus. Intestins distendus par des gaz.

Réflexions de l'auteur. — Il est probable que nous nous sommes trouvés en présence d'un cas de coprostase; ce qu'il y a de certain, c'est que sans l'apparition des vomissements fécaloïdes, on aurait attribué les accidents à une constipation opiniâtre.

Mais nous ne sommes pas autorisés à éliminer complètement l'hypothèse d'occlusion; car, rien ne prouve que la tête de l'enfant ou l'utérus n'aient pas exercé une compression directe sur l'intestin.

OBSERVATION XIV

Meyer Abramson (*in Hufeland's Journal der prakt. A. u. W.*
Bd 19, Stück 2, 1804).

Multipare de 47 ans, au 9^e mois de la grossesse.

Constipation croissante qui au début céda aux laxatifs, et qui devint ensuite rebelle à tous les traitements tels que lavements, purgatifs, frictions, saignées.

On pensa que l'utérus gravide comprimait l'intestin, et pour cette raison, on provoqua l'accouchement le septième jour des accidents. On obtint un enfant vivant et qui resta vivant.

La mère tomba dans le collapsus et mourut.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XV

Albrecht (*in. Med. Central Zeitung 1855, Ref. Schmidt's*
Jahrbücher, 1856, Bd 89, p. 305).

Au début de la grossesse, malaises, nausées, vomissements.

Ces derniers ne paraissent s'être produits que parce que la malade enfonçait fréquemment ses doigts dans le pharynx).

Plus tard amélioration suivie d'aggravation ; à partir de ce moment, vomissements spontanés.

À la fin de la grossesse, vomissements de matières dures, en forme de boules. Pendant huit jours, pas de selle, ni d'émissions de gaz par l'anus. Ventre indolore, examen négatif.

Après électuaire lénitif, garde-robe, guérison.

OBSERVATION XVI

W. F. A. Gottsched. (*Ueber Ileus bei Schwangeren, I naug.-Diss. Kœnigsberg, 1869*).

Ce cas a été observé, comme le précédent, à la clinique de Hildebrandt, à Kœnigsberg.

La pare, avait été tourmentée de vomissements rebelles dans les premiers mois de la grossesse ; le développement de l'utérus s'était produit de la façon ordinaire.

Le 20 mai, la malade dut exécuter un travail très pénible ; elle ne ressentit rien d'anormal pendant cette journée, ni pendant la nuit suivante.

Le 21 mai, pendant la journée, survinrent des coliques très violentes, qui augmentèrent pendant la nuit, et étaient devenues intolérables le matin.

Le 22, contractions douloureuses de l'utérus ; la malade fut amenée à la clinique, en état de collapsus, et malgré cette situation, accoucha d'un enfant vivant.

Le ventre était météorisé. Le collapsus alla en s'accroissant, pendant que disparaissait la douleur. Mort à 4 heures du soir.

Autopsie. — Il existait une double torsion à la partie moyenne du colon transverse. Au dessus de l'obstacle dilatation énorme de l'intestin ; affaissement en dessous ; l'insufflation par l'une

des extrémités du colon fit pénétrer de l'air au bout opposé. Hyperhémie du tube intestinal : mais pas de trace de péritonite.

OBSERVATION XVII

Gottsched (*ibid.*)

IV pare. 39 ans. L'accouchement antérieur avait nécessité une intervention obstétricale.

Dernière menstruation au commencement de juillet 1864.

Depuis cette époque, constipation opiniâtre.

Le 5 février ; rentrée à la clinique, face abattue, traits tirés, regard exprimant la souffrance. Au-dessus de l'ombilic, on sentait deux anses intestinales distendues transversalement. Pas de hernie.

Ce même jour, la malade sentit quelques légères douleurs de travail. — Introduction d'une bougie pour accélérer la dilatation.

24 heures après la rentrée, les douleurs étaient devenues plus violentes ; rupture de la poche des eaux suivie immédiatement de la naissance d'un enfant vivant. Quelques heures plus tard l'amélioration était manifeste ; mais elle fut de courte durée.

Le lendemain, vomissements violents.

Le 8 février, vomissements fécaloïdes. Le soir, furent rejetées par l'anus deux bouchons volumineux de matières fécales.

Depuis ce moment, la maladie s'aggrava progressivement. Mort le 7^e jour après le début des accidents.

Nous avons omis de dire que le jour de la rentrée de la malade, nous introduisimes une sonde par l'anus jusqu'au dessus du Promontoire : il nous semble qu'en ce point existait un rétrécissement. — On donna du calomel et plusieurs autres purgatifs.

Autopsie. Le grand épiploon était adhérent à droite à la

face antérieure de l'utérus ; sur la ligne médiane, partant du fond de l'utérus, une bride fibreuse s'étendait jusqu'à la partie inférieure droite du grand épiploon ; cette bride formait un peu au-dessus du promontoire un anneau étroit dans lequel s'était insinuée une anse d'intestin grêle.

D'autres détails de l'autopsie ne sont pas très clairs ; deux anses intestinales passaient par cet anneau ; cet anneau aurait été constitué par le mésentère très épaissi en un point et adhérent avec le fond de l'utérus.

OBSERVATION XVIII

Tarnowsky (in *Wojenno-Medizinsky journ.*, 1877 (russ.)
Ref. in. Centralbl. f. Gynakol, 1878, p. 260.

II pare. 20 ans. Au 5^e mois de la grossesse. Quatre ans avant, péritonite. Depuis le 3^e mois, douleurs dans le ventre. Depuis 2 semaines constipation et vomissements fécaloïdes.

Pouls, 140. Somnolence. Pas de symptômes de travail.

On provoqua l'avortement. Pas d'amélioration. Mort le 6^e jour.

Autopsie. On constata dans le péritoine et particulièrement dans le grand épiploon l'existence d'anciennes adhérences ; par l'une d'elles qui s'étendait jusqu'au mésentère était enserrée une anse intestinale.

Il fut difficile à l'autopsie de trouver une explication suffisante des symptômes. Une laparotomie n'eût pas apporté plus de lumière.

OBSERVATION XIX

Craig in *Obstetric Journal of great Britain and Ireland*, Vol. VI, 1878, p. 713, 14)

Primipare, 24 ans. Au terme de la grossesse.

Le 6 août 1878, elle fut prise tout d'un coup de coliques et de vomissements.

La morphine et d'autres médicaments calmants n'empêchèrent pas l'aggravation.

Le 7, on s'aperçut que le gros intestin était rempli de matières fécales ; un lavement fut administré. Les vomissements persistèrent, et la malade tomba dans le collapsus.

Le 8, accouchement spontané d'un fœtus mort depuis plusieurs jours ; 5 minutes après la délivrance mort de la mère.

Autopsie. — On mit à découvert une bride en forme d'anneau, dans laquelle était engagée une anse de l'intestin grêle. Le colon ascendant et une partie de l'intestin grêle étaient recouverts d'adhérences anciennes.

Keiller qui assista l'auteur de cette observation ajoute que le siège de l'occlusion était profondément situé dans le ventre.

OBSERVATION XX

Braun (in *Wien. med. Wochenschrift*, 1885. No. 24, *Ref. Centralb. f. Gyn.*, 1585, pag. 635 und. bei gottschalk [vide 15,6 all] pag. 375).

IX pare. 34 ans. Neuvième mois.

Cette femme se plaignait de constipation et de coliques. Pas de selle depuis 8 jours. Les trois derniers jours les coliques avaient redoublé, en même temps qu'étaient survenues des nausées sans vomissement.

Le jour de l'admission, il fallut six lavements pour amener une garde-robe. Le soir, attaque d'éclampsie. Cette dernière complication nous décida à ne pas pratiquer la laparotomie ; nous avons fait le diagnostic de sténose intestinale. Les symptômes devenaient de plus en plus alarmants ; mais il n'y avait pas de vomissements fécaloïdes.

Le deuxième jour, accouchement spontané d'un enfant à terme, mort.

Le troisième jour, mort de la mère dans le collapsus absolu.
Autopsie. Volvulus de l'S iliaque, et péritonite secondaire.

OBSERVATION XXI

Treub (in *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk.*, Bd., 3. N° 3. *Ref. Centralbl. f. Gyn.*, 1892, p. 375, und bei Gottschalk (vide 15. Fall) p. 377).

Femme au septième mois de la grossesse, arriva mourante à l'hôpital avec les symptômes de la péritonite aiguë. Depuis cinq jours, elle n'avait pas eu de garde-robe. Depuis trente-six heures, vomissements.

L'utérus était en rétroflexion et incarcerated. On en pratiqua le redressement. Mort deux heures après.

Autopsie. Colon gangrené. Péritonite secondaire.

OBSERVATION XXII

Klauer (in *Charité-Annalen 21 Jahrgang, Berlin*, 1896, pp. 572-73.

Service de Gusserow, à Berliner-Charité.

IV pare. 23 ans. Neuvième mois.

La malade avait subi une laparotomie pour une tumeur abdominale, en 1890. Pendant les jours qui précédèrent l'admission, vomissements persistants. La veille de la rentrée, un lavement provoqua une garde-robe.

Quand elle se présenta au service, le 22 août 1894, la patiente était dans un état de profonde faiblesse. Poids 120, température normale. Vomissements nombreux répandant une odeur de matières fécales.

La cicatrice abdominale de la laparotomie était entr'ouverte; entre les bords de cette cicatrice passait une masse donnant la

sensation de l'épiploon. Dans cette hernie elle-même, on sentait une bride dure qui paraissait se prolonger au-dessus de l'ombilic ; on reconnaissait encore une anse intestinales très dilatée.

Les symptômes étaient tellement menaçants que l'accouchement provoqué fut décidé. Enfant à terme et vivant.

Amélioration. Le pouls était plein et moins fréquent. Mais aucune évacuation par l'anus, malgré les lavages de l'intestin et les purgatifs huileux.

Vingt heures après la délivrance, nouveaux vomissements, on pratiqua la laparotomie. On constata la présence d'adhérences nombreuses entre la paroi abdominale et l'intestin d'un côté, et entre les anses intestinales elles-mêmes d'un autre côté. Sur plusieurs points, l'intestin était pincé, on déchira les adhérences.

Mort de la malade, cinq heures après l'intervention.

A l'autopsie, on trouva les traces d'une péritonite au début.

OBSERVATION XXIII

Lotheisen (in *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1894, page 911, et 1895, pages 358-383).

Clinique de Gussenbauer à Vienne.

Femme de 44 ans, sujette à la constipation depuis deux ans ; cette constipation s'accroît. Les trois dernières semaines, pas de garde-robe. On constate en haut, derrière le rectum, la présence d'une tumeur du volume du poing.

Le 17 juillet 1894, cette malade rentre à la clinique. Aucun résultat par les laxatifs et les lavements ; quelques gaz seulement.

Survinrent des vomissements qui nous firent prendre le parti de pratiquer un anus contre nature.

Le colon fut suturé à la paroi abdominale afin de l'ouvrir

plus tard. A ce moment on sentit dans l'utérus une tumeur d'assez grande dimension probablement fibromateuse. Comme le poulx était filiforme, nous jugeâmes inutile de l'enlever.

Les vomissements persistèrent, et deux jours plus tard nous résolûmes d'enlever la tumeur au moyen d'une laparotomie. Cette prétendue tumeur de l'utérus se trouva être un fœtus.

L'ovaire gauche était envahi par une tumeur du volume du poing et située derrière l'S iliaque ; on extirpa cette tumeur de même que l'ovaire du côté opposé qui présentait une dégénérescence kystique. On enleva les fils qui fixaient le colon à la paroi abdominale.

Quelques instants après l'opération, la malade eut une selle.

L'examen de l'ovaire gauche fit reconnaître que cet organe était fibromateux, et de plus présentait un kyste dermoïde.

OBSERVATION XXIV

Gottschalk (in *Archiv. für Gynækologie*, 1894, Band 26, pages 258-383).

Multipare, 39 ans. 4^e mois de la grossesse. Depuis plusieurs années cette femme était sujette à la constipation.

Au moment où elle fut présentée à Gottschalk elle n'avait rien évacué par l'anus depuis six jours. Une forte dose d'huile de ricin provoqua une selle de peu d'abondance. Le ventre était météorisé ; le collapsus complet, en un mot la mort était proche.

L'utérus était en rétroversion, mais pas incarcerated, en même temps l'organe gestateur avait subi une rotation autour de son axe longitudinal, si bien que le bord gauche se trouvait en avant.

On pratiqua la laparotomie ; un volvulus de l'S iliaque était la cause des accidents, on en pratiqua la détorsion, mais les matières fécales ne purent passer par le point rétréci, aussi on

essaya la colotomie. Immédiatement, issue de matières fécales diluées et abondantes.

Après l'opération survinrent les douleurs de l'enfantement. La malade avorta 11 heures après l'intervention et mourut.

Autopsie. On obtint la confirmation du diagnostic ; l'auteur pense que la torsion de l'utérus fut la cause du volvulus.

OBSERVATION XXV

L. Meyer in *Monatschrift für Geb. et Gyn* ; 1899,
B d. ix, Heft 2, p. 161).

M. H. Primipare, 29 ans, 9^e mois de la grossesse, entre à l'hôpital de Copenhague le 4 septembre 1897.

5 semaines avant, vomissements bilieux, et douleurs abdominales s'étendant de la symphyse pubienne à l'appendice xyphoïde. Ces symptômes furent de courte durée. Pourtant, il fut recommandé à la malade de garder le lit. Pendant les 5 semaines qui s'écoulèrent jusqu'à sa rentrée à l'hôpital, la malade eut une santé satisfaisante.

Le 4 septembre, réapparition des vomissements ; ceux-ci se répétaient le jour et la nuit, ils étaient verdâtres et déterminaient des contractions douloureuses de tous les muscles du tronc. Suppression des selles.

La constitution de la malade était robuste ; les forces n'étaient pas affaiblies. Pouls, 76. Utérus d'une femme près du terme.

Injection de morphine (0,01 cent.) Le calme fut immédiat, les symptômes perdirent leur gravité. Un lavement d'huile de ricin ne provoque aucune évacuation.

Pendant toute la journée même situation avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation : la malade put dormir.

Le 5, amélioration évidente. La malade prit sans les vomir du lait, du thé et quelques aliments.

Le 6, à 11 heures du matin, accouchement spontané d'un enfant de 3.200 grammes. Diminution de la douleur. Quelques vomissements bilieux.

Le 7, 36 heures après la délivrance, redoublement des douleurs et des vomissements. En déprimant la paroi abdominale, on percevait une tuméfaction profonde à limites peu précises. Pouls, 64, faible.

Le 8, dans l'après-midi, aggravation de l'état général, les douleurs arrachaient des cris à la malade, les vomissements ne laissaient pas dix minutes de répit.

La laparotomie fut décidée.

En ouvrant la cavité abdominale, le cœcum gonflé s'avança vers la main de l'opérateur. Pas de trace de péritonite. En remontant le long du colon ascendant, la main se trouvait arrêtée en avant par une masse qui fut prise pour le mésentère, et qui formait devant le colon une sorte de plastron. Malgré le prolongement de l'incision vers l'appendice xyphoïde, il fut impossible de s'orienter et de trouver la cause de l'étranglement. On pratiqua un anus contre nature.

Autopsie. — L'endemain, l'examen du cadavre montra que le mésentère était atteint de malformation ; en suivant le mésentère depuis le coude jejuno-duodénal, on constata que plus bas et à une courte distance, il se séparait de la colonne vertébrale de telle sorte qu'il formait au dessus de cette dernière un arc complet dans lequel était enserré le colon transverse. Dans les autres points, le mésentère ne présentait aucune particularité.

Pas de péritonite ; pas de dégénérescence d'organe.

CONCLUSIONS

1° L'occlusion intestinale en rapport avec la grossesse et le travail ne paraît pas être fréquente : nous n'en avons trouvé qu'une trentaine d'observations.

Elle apparaît de préférence chez les multipares âgées et vers le terme de la grossesse.

2° Evoluant dans quelques cas d'une façon indépendante, pouvant être d'autres fois influencée par la gestation, l'occlusion peut dans certains cas être de cause purement gravidique, c'est-à-dire engendrée par le développement de la tumeur utérine.

3° Le diagnostic de l'occlusion est difficile pendant la grossesse ; il peut devenir absolument impossible pendant le travail, les signes d'occlusion étant masqués par les contractions de l'utérus.

4° Le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant.

5° a) Le traitement pendant la grossesse sera d'abord symptomatique (opium, lavements, etc.) ; et, s'il n'est pas suivi d'une amélioration notable et immédiate, il faudra recourir à laparotomie.

b) Pendant le travail, nous pensons qu'il faut attendre la fin de l'accouchement et pratiquer alors la laparotomie qui permettra de faire un diagnostic précis, — d'enlever le sang et de faire les ligatures, si la rupture d'adhérences a donné lieu à une hémorrhagie, — de lever l'obstacle si on reconnaît une obstruction intestinale, — ou enfin de réséquer, s'il y a lieu, l'ansesphacèle.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
PINARD

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1804. M. ABRAMSON. — Töelliche Leibesvers bey einer Schwan-
geren imachten Monat. Hufeland's Journal der prakt.
Arzneykunde und Wundarzney. Kunst. Bd. 12 Stück 2,
1804. (Auch mit dem Titel : Nues 7 der prakt A. und W.
Bd. 12 Stuck 2 und Journal der prakt Heilkunde. Bd. 19
und Neues Journal der pr. H. Bd. 12.
1830. HOUSTON. — The Dublin Hospital Reports and com-
munications in Medecine and Surgery, v. 370.
1842. DUNTZER. — Enteritis serosa mit Ileus bei einer Schwan-
geren. Org. für die gesam Heilkunde, 1852, 43 ii 573-
576.
1855. ALBRECHT. — Medic. Central. Zeitung, 1855. Ref.
Schmidt's Jahrbücher, 1856. Bd. 89, pag. 305.
1864. DAVY. — A case of obstruction of the bowels in pre-
gnancy. The obstetrical Gazette. Cincinnati, 1884, vii 80.
1869. GOTTSCHED. — Ueber ileus bei Schwangeren. Inaug.
Diss. Königsberg, 1869
1878. TARNOVSKY. — Sluchai ileus vavreny beremenosti i rodor.
Woyenno. Medizinsky Journal 1877. Ref. i Centralblt. f.
Gynækol, 1878, p. 260.
1878. CRAIG. — Portion of the smell bound of lymph. and
strangulated in Pregnancy The obstetrical Journal of
Great Britain and Ireland. London 1878. Vol. VI. P. 713.
14.

- HEATH. — Obstruction from stricture of sigmoid flexure miscarriage; septicaemia, *The medical Times and Gaz.* London, 1880 ii 376.
1882. SYDNEY-JONES. — Obstruction of the bowels; umbilical hernia; pregnancy; recovery. *Lancet.* London, 1882 ii 570.
1885. VENANZIO. — Occlusione intestinale in dona gravida rimossa coll enteroclisi a valida pressione. *Gaz. med. di Torino*, 1885, xxxvi, 169-178.
- BRAUN. — Die Enterostenosen in ihrer Beziehung zur Gravidität und Geburt. *Wien. med. Wochenschrift*, 1885. n° 24. *Ref. Centralbl. f. Gyn.* 1885, Pag. 356, n. bei Gottschalk (vide 15 : 6 all.), p. 375.
1887. BANDERA. — Difficultados que présente el diagnostico de la estrangulacion intestinal de la pregnancy. *Gaz. med. Mexico*, 1887. xxii, p. 25.
1888. CORNER. — Acute intestinal obstruction complicating utero gestation. *Lancet.* London, 1888; 675.
- CARTHY. — In *Lancet*, London, 1888.
- GALABIN. — Ibidem.
- PYE-SMITH. — Ibidem.
1892. DOMINGUEZ ADAMO. — Sintomas de occlusion intestinal provocados y sostenidos por el embarazo. *Revista. medic de Sevilla*, 1892, xviii, 293-299.
1893. WIDAL, SIREDEY. — Occlusion intestinale et septicémie pendant la grossesse. Citée in *Semaine médicale*, 1893, n° 56.
1894. GOTTSCHALK. — *Archiv. für Gynäkologie*, 1894. Band., 46, p. 358.
- LOTHEISEN. — *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1894. Pag. 91 und 1895. P. 256.
1896. BURBIDGE WHITE. — A case of obstruction of the bowel, occuring at the end of the sixth month of utero-gestation. *Medical Press. and circular.* London, 1896, n° 5, p. 652.

- KLAUER. — Charité. Annalen, 21, Jahrgang. Berlin, 1896.
P. 572.
- SPWIGG. — Pregnancy complicated with intestinal obstruction of the bowels. Am. J. Obst. New-York, XOXIV, 396-400.
1898. TÉMOIN de Bourges et SCHWARTZ. — Occlusion intestinale pendant la grossesse. Intervention. Guérison. Société de Chirurgie, 1898. Semaine médicale, 1898.
1899. Léopold MEYER. — Ueber Darmverschiessung während der Schwangerschaft und Geburt. Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, 1899, Bd. ix, Heft.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
